جامعة مؤتة
عمادة الدراسات العليا

العوامل المؤثرة في تحديد أنماط العنف في المستشفيات الحكومية مـن وجهة نظر العاملين فـي أقسام الإسعـاف والطوارئ (دراسة مسحية)

إعداد الطالب
طه مبارك الطراونة

إشراف
الأستاذ الدكتور عايد الوريكات

رسالة مقدمة إلى عمادة الدراسات العليـــــا
استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه
فـي علم الاجتماع تخصص علم الجريمــة

جامعة مؤتة، 2009

الإهداء

إلى أرواح الشهداء

إلى والدي وإخواني وأخواتي

إلى عائلتي الصغيرة:

أم البراء، البراء، عاصم، إيلاف

طه مبارك الطراونـة

الشكر والتقدير

الشكر الموصول لمشرفي وأستاذي الدكتور عايد الوريكات، لما بذله من جهـد ومساعده في إعداد هذه الأطروحة، وإلى السادة أعضاء لجنـة المناقـشة: الأسـتاذ الدكتور عبد القادر المجالي والأستاذ الدكتور عباطة التوايهة والأستاذ الدكتور دوخي الحنيطي على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الأطروحة وإبداء آرائهم السديدة فيها، والى كافة العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ، ومدراء المستشفيات، ورئيس وأعضاء لجنة أخلاقيات البحث العلمي في وزارة الصحة، والى الأستاذ ماهر الضمور وعلي الطراونة وعيسى الطراونة وفارس الطراونة وعوض الطراونة، والى كل من قـدم المساعدة والدعم لهذه الدراسة.

طه مبارك الطراونة

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

الملخص

العوامل المؤثرة في تحديد أنماط العنف في المستشفيات الحكومية من وجهة نظر العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ (دراسة مسحية)

طه مبارك الطراونه

جامعة مؤتة – 2009

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى العوامل المؤثرة في تحديد أنمـاط العنـف فـي المستشفيات الحكومية من وجهة نظر العاملين في أقسام الاسعاف والطوائ.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم أداتها التي تكونت من أربعة أقسام والتي تم عرضها مع مخطط الدراسة على لجنة اخلاقيات البحث العلمي في وزارة الـصحة وتـم الحصول على الموافقة لاجراء الدراسة.

وتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في أقسام الإسـعاف والطـوارئ فـي المستشفيات الحكومية في الأردن حيث تم توزيع (1100) استبيان اعيد منها(989) حيث كانت نسبة الاستجابة للدراسة(90%)، وقد استبعد (26) استبيان لعدم صلاحيتها للتحليل، وتبقى(963) استبيان قابلة للتحليل.

توصلت الدراسة إلى أن العوامل المؤدية لحدوث العنف متعددة ومتداخلـة، وأن نسبة انتشار العنف بشكل عام في المستشفيات الحكومية هي (82%)، وأن أنماط العنـف السائدة هي: " العنف الجسدي، والعنف النفسي، وان العنف الجسدي يتفوق علـى العنـف النفسي من حيث مدى الانتشار (52%، 48%) على التوالي، وأن أكثر أشـكال العنـف الجسدي انتشاراً هي استخدام اليد والرجل كأداة للعنف وبنسبة (65%) ،وأن أكثر أشـكال العنف النفسي انتشاراً هي السب والشتم وبنسبة (38%)، والإناث أكثر عرضة للعنف من الذكور. وأن المرافقين هم الأكثر ارتكاباً للعنف (77.6%)، ويليهم المرضـى (22.4%)، وأن المرافقين الذكور يرتكبون العنف بنسبة (78%)، والمرافقات الإناث بنسبة (42%)، ويحدث العنف إذا كان المرضى من الذكور بنسبة (43%)، وإذا كان المرضى من الإناث بنسبة (33%)، وإذا كان المرضى من أرباب السوابق الإجرامية بنـسبة (58%). كمـا توصلت الدراسة الى أن العنف يترتب عليه العديد من الآثار النفسية والمتعلقـة بالعمـل، والأضرار بممتلكات المستشفى المادية

وخلصت الدراسة إلى بعض التوصيات المبنية على النتائج التي تم التوصل إليها.

Abstract

Influence Factors in Determining Violence Types in Public Hospitals From The Point of View Of The Workers in The Departments of Aid and Emergency Rooms

Taha Mubarak Altarawneh

Mu`tah University, 2009

The study aimed to define the influence factors in determining the types of violence public hospitals from the point of view of the worker in the departments of aid and emergency.

In order to achieve the objectives of the study, a questionnaire consisted of for parts were designed. This questionnaire was reviewed by the scientific research ethics committee in the ministry of health, and then the approved was given to conduct this study.

The society of the study consisted of the whole working stuff in the emergency departments (ED) in public hospitals.

(1100) questionnaires were distributed, 989 of them were send back, so the response rate was (90%), (26) questionnaires were excluded, thus, (963) questionnaires were subjected for analyzing.

The study revealed that the determining factors leading the violence to occur were numerous and interrelated, the prevalence of violence in general in public hospitals was (82%). The dominant types of violence were as follows: physical and psychological violence with the first exceeding the latter in prevalence (48%,52%) respectively, the most prevalent forms of physical violence were using the hand and the leg as a tool of violence (65%), and the most prevalent forms of psychological violence were insulting and swearing (38%), with females being more exposed to violence than males companions were the most committers of violence (77.6%), followed by patients (22.4%), male companions committed (78%), and female companions committed (42%) of violence, violence occurred with a percentage of (43%) when the patients were males, and (33%) when the patients were females, and 58% when the patients were pre-convicted. Moreover, the study concluded that violence was responsible for various psychological effects related to work, and the damages of material properties of the hospital.

Finally, the study presented some recommendations based on the result.

الفصل الأول
خلفية الدراسة ومشكلتها

1-1 خلفية الدراسة

حظي موضوع العنف باهتمام الكثير من الباحثين في العلوم الاجتماعية، ابتداء من ابن خلدون– مؤسس علم العمران- وانتهاء باللحظة العلمية الراهنة، ومنذ ذلك الوقت، يساور الشك علماء النفس والاجتماع وغيرهم، بشأن طبيعة السلوك العنفي وهل أنه متأصل في الطبيعة البشرية؟ أو أنه مكتسب من البيئة المحيطة بالإنسان.

وظواهر العنف في العلاقات البشرية متعددة لم يخل منها مجتمع على المستوى الفردي أم الجماعي، سواء كان بدوافع ذاتية ترجع إلى شخصية القائم بالعنف: (اضطرابات نفسية أو تعاطي المسكرات والمخدرات) أو اجتماعية: (الظروف الأسرية المتمثلة في: الظروف الاجتماعية أو الاقتصادية ومنها:الفقر أو الدخل الذي لا يكفي المتطلبات الأسرية، أو حالة المسكن أو المنطقة التي يعيش فيها أو نمط الحياة الأسرية بشكل عام، وكثرة المشاحنات نتيجة للضغوط المحيطة والمستوى الثقافي، وكيفية قضاء أوقات الفراغ، أو دوافع مجتمعية (الصراعات الدولية والاضطرابات السياسية).

إن هناك ترابطاً عميقاً بين مظاهر العنف وأدواته المستخدمة، والثقافة التي توجه الإنسان وتتحكم في سلوكه الخاص والعام.

فالعنف من حيث هو أذى باليد أو باللسان، إنما يرتكز على مسوغات وطاقات ومبررات يمكن تعيينها في تداؤب الطاقة العنيفة وثقافة العنف. فهذا التداؤب أو العلاقة العضوية هي التي تساعدنا على إكتشاف المساحة المشتركة والعلاقة المباشرة بين الثقافة والعنف.

فالإنسان القادر على فعل العنف قادر أيضاً على عدم فعله. وسلوكه هذا مشروط ليس فقط بالقدرة على الفعل، بل متوجه ومحدود أيضاً بالظروف التي تسمح بالفعل العنفي أو لا تسمح به.

فالفعل العنفي هو نتاج جملة من الحالات والعوامل المتداخلة والمركبة مع بعضها البعض، التي تتسع للعوامل مع الشروط الذاتية، كما تتسع مع العوامل والظروف الموضوعية. فطبيعة الثقافة هي التي تحدد- إلى حد بعيد- طبيعة فعل اليد أو اللسان؛ فإذا كانت الثقافة عنفيه يتحول اللسان إلى أداة للأذى بكل صنوفه وأشكاله، واليد إلى ممارسة القتل والتدمير وكل أشكال العنف المادي. أما إذا كانت الثقافة تحتضن مفاهيم الرفق والعفو والتسامح؛ فإن اللسان يتحول إلى مبشر بهذه القيم والمضامين، وتكون اليد مِعطاءة ومبادرة لفعل الخير.

والثقافة الاجتماعية في الأردن قائمة على الموروثات؛ حيث تقوم العلاقات بين أفراد المجتمع على الأسس الموروثة اجتماعياً ودينياً، ومن أهمها تضاؤل قيمة الفرد مقارنة بقيمة المجموعة الاجتماعية (العشيرة، والقبيلة، والعائلة) وهي أيضاً مبنية على عصبية القرابة. وبالرغم من أن السنوات الماضية شهدت تطوراً في المؤسسات الثقافية المبنية على الأفكار والقيم الطوعية التي يتجه اليها المنتمي طوعا خارج أطر القرابة العائلية، وهي المؤسسات التي نسميها مؤسسات المجتمع المدني فإن الانتماءات الاجتماعية للقبيلة بقيت دائماً هي السائدة وأحياناً تطغى حتى على سلوك الأفراد المنتمين للمؤسسات المدنية والأكاديمية.

وقد انتشرت مظاهر العنف المختلفة في المجتمع الأردني- كغيره من المجتمعات الأخرى – واتخذت العديد من الأشكال ومنها: العنف الأسري، والعنف في المدارس، والعنف في الجامعات، والعنف ضد الأطفال، والعنف في المستشفيات الحكومية.. الخ.

إن اهتمام هذه الدراسة ليس مطلق العنف الفردي، ولا حتى العنف الجماعي المتجه إلى مجرد الإشباع الغريزي وبالخصوص حيث يسود الفقر والظلام، وإنما ساحة محددة من العنف الذي جرى ويجري في المؤسسات الطبية (المستشفيات الحكومية)، حيث أثارت حالات الاعتداء على الأطباء والممرضين في المستشفيات الحكومية قلق الكثير من الكادر الطبي، والجهات الرسمية والشعبية. فما هي العوامل التي أدت إلى ظهور هذه المشكلة؟ تعددت الآراء حول تزايد حالات الاعتداءات على الكوادر الطبية في المستشفيات الحكومية بين من يرى بعدم قيام

وزارة الصحة بتوفير بيئة عمل مريحة ومناخ مناسب، لاسيما مسألة تنظـيم عمـل أقسام الإسعاف والطوارئ فيها". وعدم وجود تشريعات خاصة تحمي وتصون حقوق الكادر الطبي أثناء قيامهم بعملهم الرسمي، وكذلك "تحسين ظروف مراكز الإسعاف والطوارئ، ووضع حواجز تحول دون دخول المرافقين إلى الغرف أثناء العلاج أو التشخيص لترك الطبيب يقوم بواجبه دون إزعاج وتوتر ". وبين من يرى أن العامل الرئيسي للاعتداء على الكادر الطبي في الأردن هو "خوف مرافقي المرضى علـى حياة ذويهم خصوصاً في ظل غياب قانون أخطاء طبية يردع الأطباء ويعاقبهم فـي حالة وقوع خطأ ". وكما أن " بطء النظر من قبل المحـاكم فـي القـضايا الطبيـة وحالات الشكاوى، تدفع الناس إلى ضرب الأطباء لقناعتهم بعدم جدوى الـشكاوى. بالإضافة إلى قيام وزارة الصحة بتعيين الأطباء الجدد فـي هـذه الأقـسام، حيـث تنقصهم الممارسة العملية والخبرة الطبية مما يثير غضب ذوي المريض ويـدفعهم إلى ضرب الطبيب والكوادر الطبية.

وقد جاءت هذه الدراسة لتلقي الضوء على هذه المشكلة من حيـث العوامـل المؤثرة في تحديد أنماط العنف السائدة في قطاع المستشفيات الحكومية؟ وما هـي الآثار والنتائج المترتبة على العنف الموجه ضد للكوادر الطبية؟ محاولـة لوضـع الحلول الممكنة لهذه المشكلة.

1-2 مشكلة الدراسة

العنف قديم قدم البشرية، إلا أن ظهوره بأنماط جديدة وبالمستوى والشدة التي نشهدها اليوم، إنما يأتي نتيجة لسياقات وظروف اجتماعية معينة سمحت بذلك، ولعل في التطورات التي شهدها العالم والأردن كجزء منه ما يمثل بيئة مناسـبة لتنـامي العنف بكل مستوياته، وفي المجالات كافة التي يتفاعل في إطارها الأفراد. ابتداء من الأسرة وانتهاء بالمجتمع– بوصفه بنية كلية تعتريها مجموعة من الاخـتلالات- إذ أصبح العنف سيد الموقف، وبات اللجوء إليه أو التهديد به لفض المشكلات البسيطة أو المعقدة أمراً مقبولاً ثقافياً عند بعض الأفراد والجماعة، إلى الحد الذي غدا يهـدد

بتغيير طبيعة العلاقات القائمة، فلا يكون هناك مجال للتعاون وتنتفي عمليات الأخذ والعطاء، وتصبح القوة أو التلويح بها هي اللغة السائدة.

وكما هو الحال في الأسرة وغيرها من الوحدات الاجتماعية، بدا العنف ينتشر في مراكز الرعاية الصحية، وخاصة المستشفيات الحكومية، فلا يكاد يمر شهر إلا وتطالعنا الصحف اليومية بحادثة اعتداء على الكوادر الطبية في أحد المستشفيات الحكومية، وقد أخذت هذه الاعتداءات بالزيادة حيث تشير إحصائية نقابة الممرضين إلى وجود اعتداء واحد مبلغ عنه عام 2005، وارتفع العدد إلى ثلاث حالات عام 2006، وتضاعف العدد في العام الذي يليه، وفي عام 2008 تضخم العدد الى20 حالة، وخلال هذا العام 2009 لازال العدد أربع حالات، فيما تشير إحصائية نقابة الأطباء إلى وجود 38 حالة اعتداء على الأطباء عام 2008، وفي عام 2009 هناك 13 حالة اعتداء.

هذه الأرقام المرتفعة من الاعتداءات أدت إلى قيام 300 من الكوادر الطبية في مستشفى الكرك الحكومي بالتهديد بالإضراب عن العمل، (جريدة الدستور، العدد 14682، تاريخ2008/6/1) كما أدت إلى قيام نقابة الأطباء بالدعوة إلى اعتصام رمزي لمدة ربع ساعة (جريدة الدستور، رقم العدد 14394، تاريخ2007/8/13).

فهذه الإجراءات من التهديد بالإضرابات والدعوة إلى الاعتصام، غير مألوفة في القطاع الصحي، وما يتطلبه هذا القطاع من استقرار في العمل. وبالتالي هي باكورة الآثار المترتبة على العنف وما يتبعها من أثار أخرى مثل ترك العمل وغيره.

وقد أشارت بعض الدراسات الأجنبية إلى أن الاعتداء على الكوادر الطبية يترتب عليه العديد من الآثار، ومنها قيام الكوادر الطبية العاملة بترك العمل(Tyler, 2007)، ودراسة شيلي وسايمونز (Shellie & Simons, 2008) وبالتالي التأثير على الخدمات الصحية التي تقدم للمواطنين.

ومن هنا تكمن مشكلة الدراسة في التعرف على حجم مـشكلة العنـف فـي المستشفيات الحكومية، وأنماطه، والعوامل المؤثرة فيه، والآثار المترتبة عليه، ومن هم مرتكبي العنف، وأخيراً الحلول الممكنة لمشكلة العنف.

3-1 أهمية الدراسة

تنبثق أهمية الدراسة من الدور الذي تضطلع به الكوادر الطبية فـي تحقيـق أهداف الصحة والسلامة العامة بوصفها أحدى الركائز الأساسية التي يقـوم عليهـا النظام الاجتماعي، وحتى تقوم هذه الكوادر الطبية بواجبها على الوجه الأكمل لابـد أن تتمتع في الاستقرار والهدوء، والبعد عن الضغط والتوتر والتعـرض للـضرب والاهانة، لاسيما وأن هذه الكوادر تتعامل مع أغلى مـا يملكـه النـاس ألا وهـو أرواحهم.

كما تأتي أهمية هذه الدراسة من حيث كونها من الدراسات الأوائل التي تتنـاول موضوع العنف في المستشفيات. وتأتي أهميتها من:

1- تزويد أصحاب القرار بمعلومات تتعلق بالعنف وأنماطه والعوامل المـؤثرة فيه في ضوء ما تتوصل إليه الدراسة من نتائج وتوصيات.
2- توجيه البحوث والدراسات المستقبلية لعمل أبحاث ودراسات في هذا المجال.
3- إثراء المكتبة العربية بشكل عام، والمكتبة الأردنية بشكل خاص، نظرا لقلـة الدراسات العربية في هذا المجال.

4-1 أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية وتتلخص بما يلي:

1- التعرف على العوامل المؤدية إلى حدوث العنف من وجهة نظر العـاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن.
2- التعرف على مدى انتشار العنف الموجه للكوادر الطبية في أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية.
3- التعرف إلى أنماط العنف السائدة في أقـسام الإسـعاف والطـوارئ فـي المستشفيات الحكومية.

4- التعرف إلى خصائص مرتكبي العنف من وجهة نظـر الكـوادر الطبيـة العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية.
5- التعرف إلى الآثار المترتبة على العنف من وجهة نظر الكـوادر الطبيـة العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية.
6- التعرف إلى الممتلكات المتضررة من جراء العنف الـذي تتعـرض لـه الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية.
7- التعرف إلى الحلول الممكنة للعنف من وجهة نظر الكوادر الطبية العاملـة في أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية.

5-1 أسئلة الدراسة

تسعى الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:
1- ما العوامل المؤدية إلى حدوث العنف من وجهة نظر العاملين فـي أقـسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن؟
2- ما مدى انتشار العنف بين الكوادر الطبية العاملين فـي أقـسام الإسـعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية؟
3- ما أنماط العنف السائدة في أقسام الإسعاف والطـوارئ فـي المستـشفيات الحكومية؟
4- من هم مرتكبي العنف من وجهة نظر الكوادر الطبية العاملة فـي أقـسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية؟
5- ما الآثار المترتبة على العنف من وجهة نظر الكوادر الطبية العاملـة فـي أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية؟
6- ما الممتلكات المتضررة من جراء العنف الذي تتعرض له الكوادر الطبيـة العاملة في المستشفيات الحكومية؟
7- ما الحلول الممكنة للعنف من وجهة نظر الكوادر الطبية العاملة في أقـسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية.

6-1 فرضيات الدراسة:

تسعى الدراسة إلى اختبار الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: " لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha\leq$ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة يعزى للمتغير المستقل "المسمى الوظيفي "

الفرضية الثانية:" لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha\leq$ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة يعزى للمتغير المستقل "النوع الاجتماعي "

الفرضية الثالثة: "لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha\leq$ 0.05) في تقديرات الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ للآثار المترتبة على العنف تعزى للمتغيرات(المسمى الوظيفي، والنوع الاجتماعي، وسنوات الخبرة، والدخل الشهري).

الفرضية الرابعة: " لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة($\alpha\leq$ 0.05) للعوامل المؤدية لحدوث العنف(عوامل إدارية، وعوامل ثقافية واجتماعية، وعوامل اقتصادية، وعوامل قانونية، وعوامل متعلقة بالكوادر طبية) ودرجة تعرض الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ للعنف.

الفرضية الخامسة:" لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha\leq$ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة يعزى للمتغير المستقل "الدخل الشهري "

الفرضية السادسة: "لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha\leq$ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة يعزى للمتغير المستقل " العمر"

الفرضية السابعة: " لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha\leq$ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة يعزى لمتغير موقع العمل(المستشفى).

1-7 المفاهيم الإجرائية

تعتبر المفاهيم الإجرائية من المفاتيح الأساسية للدراسات العلمية، حيث يمكن للباحث من خلالها أن يحدد المفهوم والمعنى المقصود منه. وتحتوي هذه الدراسة على المفاهيم التالية، وهي:

العنف: هو نمط سلوكي يمارس ضد الكوادر الطبية مصحوباً بالانفعالات، ويؤدي هذا النمط السلوكي إلى إلحاق الأذى بهم أو الإضرار بممتلكات المستشفى، وقد يكون الأذى جسدياً أو نفسياً مادياً أو معنوياً.

العنف في مكان العمل: هو نمط سلوكي يمارس ضد العاملين في المستشفيات الحكومية أثناء تأدية عملهم أو بسبب تأدية عملهم ويشتمل هذا النمط السلوكي على أشكال مختلفة من العنف، وهي: العنف الجسدي، والعنف النفسي ويترتب على ذلك آثار مادية أو معنوية، جسدية أو نفسية.

ولغايات هذه الدراسة فالعنف يكون موجه ضد الكوادر الطبية من المرضى والمرافقين، ولا يشتمل على العنف الموجه من الكوادر الطبية ضد بعضهم البعض.

أنماط العنف في مكان العمل: تشتمل على العنف الجسدي والعنف النفسي.

العنف الجسدي ويشتمل على: الضرب باليد، والضرب بأداة، والركل، والدفع (الدفش)، والإلقاء على الأرض، وإطلاق النار.

العنف النفسي ويشتمل على: السب والشتم، والتهديد، والبصق، والتحقير، والسخرية والتهكم، والاحتجاز، وإشهار السلاح.

الكوادر الطبية: تشتمل على العاملين في التمريض والمحاسبة، والمختبر، والأشعة، والأطباء في أقسام الاسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن.

التحقير: نصت المادة (190) من قانون العقوبات على أنه: كل تحقير أو سباب – غير الذم والقدح- يوجه الى المعتدى عليه وجها لوجه بالكلام، أو الحركات، أو بكتابة أو رسم لم يجعلا علنيين أو بمخابرة برقية أو هاتفية.

الذم: نصت المادة (188) من قانون العقوبات على أنه: هو إسناد مادة معينة إلى شخص- ولو في معرض الشك والاستفهام- من شانها أن تنال من شرفه وكرامته

أو تعرضه الى بغض الناس واحتقارهم، سواء أكانت تلك المـادة جريمـة تـستلزم العقاب أم لا.

القدح: نصت المادة (188)من قانون العقوبات على أنه: هو الاعتداء على كرامـة الغير أو شرفة أو اعتباره-ولو في معرض الشك والاستفهام- من دون بيان مـادة معينة.

المستشفى: نصت المادة (11) من قانون الصحة العامـة علـى أن المستـشفيات والمراكز العلاجية الخاصة هي: المؤسـسات والأمـاكن المعـدة لتقـديم خـدمات التشخيص والمعالجة والتوليد، وتشمل دور التمريض، ودور التأهيل، ودور الصحة النفسية، والإدمان، وبيوت النقاهة، وما شابهها سواء كان تقديم هذه الخدمات بـأجر أو بدون أجر، واشتملت الدراسة على المستـشفيات الحكوميـة فـي الأردن وبلـغ عددها30 مستشفى.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

2-1 الإطار النظري

2-1-1 مفهوم العنف

تتعدد ظواهر العنف في العلاقات البشرية، ولم يخل منها أي مجتمع سواء على المستوى الفردي أو الجماعي.

لذا يصعب تقديم تعريف محدد للعنف؛ لاختلاف اهتمام الباحثين به، فعلماء السياسة يعرفونه بطريقة مختلفة عن علماء الاجتماع، وهؤلاء يعرفونه بطريقة مختلفة عن علماء النفس أو علماء الجريمة والقانون، ويرجح الاختلاف في مفهوم العنف إلى تعدد الأبعاد والمتغيرات التي تشملها ظاهرة العنف.

لذلك يقول الفيلسوف جرو ندي بأنه: "لا يوجد تعريف دقيق واحد للفظة "عنف". (الخولي، 2006).

إن أصل كلمة عنف: (Violence) ينحدر من الكلمة اللاتينية (Violential) وتعني السمات الوحشية والقسوة، والفعل (Violare) يعني العمل بخشونة وعنف أو التدنيس والانتهاك والمخالفة، وكل هذه الكلمات ترتبط بكلمة (Vis) التي تعني القوة والبأس، والقدرة والعنف، وبدقة أكثر فأن كلمة Vis تعني القوة الفاعلة والمؤثرة (العواودة، 2007).

ويمكن تناول مفهوم العنف من المنطلقات المختلفة وعلى النحو التالي:

من حيث السياق اللغوي.

يعرف العنف بأنه: الخرق بالأمر وقلة الرفق به، والتعنيف يعني التوبيخ والتقريع واللوم، وهو ضد الرفق وأعنف الشيء، أخذه بشدة، (ابن منظور، 1992)

وتعرفه الموسوعة الفلسفية العربية بأنه: فعل يعتمد فاعله إلى اغتصاب شخصية الآخرين، ذلك باقتحامها إلى عمق كيانها الوجودي يرغمها في أفعالها وفي مصيرها منتزعاً حقوقها أو ممتلكاتها أو الاثنين معاً (حمدان،2007).

ويعرفه معجم العلوم الاجتماعية بأنه:استخدام الضغط أو القوة استخداماً غير مشروع أو غير مطابق للقانون الذي من شأنه التأثير على إرادة فرد أو جماعة مـا (بدوي، 1986).

ويرى قاموس أكسفورد بان: العنف هو ممارسة القوة البدنية لا نزال الضرر بالأشخاص أو الممتلكات، كما يعتبر الفعل أو المعاملة التي تحدث ضرراً جسمانياً أو التدخل في حريته الشخصية عنفاً (xford, 1970).

من حيث السياق الاصطلاحي:

يختلف تعريف العنف من مجتمع الآخر ومن حـضارة لأخـرى بـاختلاف الثقافات الاجتماعية المتعددة، ففي ثقافة ما تعتبر الذبائح البشرية أمـراً طبيعيـاً ولا يمكن وصفها بالعنف (الخولي، 2006).

ويمكن إيجاز بعض التعريفات التي تناولت العنف كما يلي:

العنف: هو كل فعل يستخدم القوة من طرف فاعل لانتهاك فاعل آخر بـشكل مادي أو معنوي، والفاعل في هذا التعريف قد يكون فرداً أو جماعـةً أو مؤسـسةً (زايد، 2002).

العنف: هو سلوك مشوب بالقسوة والعدوان والقهر والإكراه، هو سلوك بعيد عن التحضر والتمدن وتحركه الدوافع العدوانية والطاقات الجسمية. (العيسوي، 2005)

العنف: كل فعل مادي أو معنوي يتم بـصورة مباشـرة أو غيـر مباشـرة، ويستهدف إيقاع الأذى البدني أو النفسي أو كليهما بـالفرد – الـذات أو الأخـر أو الجماعة أو المجتمع – بما يشمله من مؤسسات مختلفة، ويتخذ العنف أساليب جديدة ومتنوعة سواء كانت معنوية مثل التهديد والترويع والتمييز، أو مادية مثل التـشاجر والاعتداء على الأشخاص، والممتلكات والانتهاك الجسدي أو معنوي جسدي في أن واحد. (الغامدي، 2008).

العنف: هو استجابة في شكل فعل عنيف تكون مشمولة بانفعـالات الغـضب العنيف والهياج والثوران، التي تنتج عن عمليه إعاقة أو إحباط تحول دون تحقيـق للهدف الذي يسعى إليه الفرد.(حسين، 2007)

وقد عرفه مؤتمر الأبعاد الاجتماعية والجنائية المنعقد في مصر، بأنـه "كـل فعل مادي أو معنوي يتم بصورة مباشرة أو غير مباشـرة يـستهدف إيقـاع الأذى البدني أو النفسي أو كليهما بالفرد (الذاتي أو الآخر) أو الجماعة أو المجتمـع بمـا يشمله من مؤسسات مختلفة، ويتخذ العنف أساليب عديدة ومتنوعة معنوية كانت مثل التهديد والترويع والنبذ، أو مادية مثل التشاجر والاعتداء على الأشخاص والممتلكات والانتهاك الجسدي أو معنوية جسدية في آن واحد. (الخولي، 2006).

يعتبر العنف سمة من سمات الطبيعة البشرية، ويظهر عندما يعجز العقل عن الإقناع أو الاقتناع، فيلجا (الأنا) تأكيداً لذاته وقدرته إلى الإقناع المـادي باسـتبعاد الآخر، أما مؤقتا بإعاقة حركته أو شلها لإجباره على الاقتناع ولو بالصمت، وإمـا نهائياً بإنهاء وجوده (يسرى، 1993).

وقد عرفه الدليل الوقائي للحماية من العنف الـصادر عـن وزارة التربيـة والتعليم الأردنية بأنه: سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهـة أو إلـى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين، ينتج عنه إيذاء شخص أو تحطيم ممتلكات وإلحاق الضرر المادي أو المعنوي بكائن حي، أو بديل عن كـائن أفرادا أو جماعات. (الدليل الوقائي لوزارة التربية والتعليم، 2007)

منظمة الصحة العالمية:

عرفت منظمة الصحة العالمية العنف بأنه: الاستعمال المتعمد للقوة الفيزيائية (المادية) أو القدرة سواء بالتهديد أو الاستعمال المادي الحقيقي ضد الذات أو ضـد شخص آخر أو ضد مجموعة أو مجتمع، بحيث يؤدي إلـى حـدوث (أو رجحـان حدوث) إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سؤ النماء أو الحرمان، ويرتبط التعريف الذي تستخدمه منظمة الصحة العالمية بصبغة العمد (أو التعمد) عند اقتـران الفعـل بذاته، بغض النظر عن النتيجة التي يحدثها، وبذلك يخرج من التعريـف الحـوادث غير المتعمدة – كمعظم إصابات المرور والحرائق. (منظمة الصحة العالمية المكتـب الإقليمي للشرق الأوسط، 2002).

ومما سبق يمكن تعريف العنف بأنه: نمط سلوكي يمارس ضد الآخـرين أو الذات مصحوباً بالانفعالات ويؤدي هذا النمط السلوكي إلـى إلحـاق الأذى بـالفرد وبالآخرين وقد يكون الأذى جسمياً أو نفسياً مادياً أو معنوياً.

2-1-2 موقف الإسلام من العنف

حث الإسلام من خلال الآيات القرآنية الكريمة، والأحاديث النبوية الـشريفة على الرفق واللين، ونبذ العنف بأنماطه المختلفة (الجسدي والنفسي) وتعددت الآيات الكريمة والأحاديث الشريفة الدالة على هذا المعنى فمنها:

قال تعالى: "وَيلٌ لِكُلِ همَزَةٍ لُمَزَة" (سورة الهمزة: 1)

قال تعالى:"وَالذِينَ يؤْذُونَ المؤْمِنِينَ وَالمؤْمِنَاتِ بِغَير مَا اكْتَسَبوا فَقَدِ احتَمَلُوا بهتَاناً وَإِثْماً مبِينا" (سورة الأحزاب: 58)

قال تعالى: "إِنمَا المؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصـلِحوا بَـينَ أَخَـوَيكُم وَاتقُـوا الـلـهَ لَعَلكُـم تُرحَمونَ"(سورة الحجرات: 10)

عن عبد الله بن عمرو بن العاص رضي الله عنهما – أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: " المسلم من سلم المسلمون من لسانه ويده، والمهاجر من هجر مـا نهى الله عنه"(متفق عليه).(رياض الصالحين، 1992)

عن أبي هريرة رضي الله عنه - أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قـال: "بحسب امرئ من الشر أن يحقر أخاه المسلم ". (رياض الصالحين، 1992)

عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: " من حمل علينا السلاح فليس منا ومن غشنا فليس منا ". (رواه مسلم).(رياض الصالحين، 1992)

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " كل المسلم علـى المـسلم حـرام ". (رياض الصالحين، 1992)

3-1-2 أنماط العنف

اختلاف الباحثون في تحديد أنماط ثابتة للعنف لارتباط العنف في المعايير الأخرى، ومن أهمها المعيار الثقافي فما يعتبر سلوك عنيف في مجتمع ما قد لا يعتبر كذلك في المجتمعات الأخرى.

وقد أورد العديد من الباحثين تصنيفات مختلفة للعنف ومنها:

1. من حيث الاستمرارية والديمومة، يقسم العنف إلى: عنف دائم وعنف مؤقت.
2. من حيث الهدف، يقسم العنف إلى: العنف السياسي، والعنف الاقتصادي، والعنف الديني، والعنف العسكري، والعنف الاجتماعي، والعنف الأسري.
3. من حيث الشرعية والقانونية، يقسم العنف إلى: العنف القانوني والشرعي، العنف غير القانوني وغير الشرعي.
4. من حيث السرية، يقسم العنف إلى: العنف السري، والعنف غير السري.
5. من حيث الفردية والجماعية، يقسم العنف إلى: العنف الفردي، والعنف الجماعي.
6. من حيث الرسمية،يقسم العنف إلى: العنف الرسمي، والعنف غير الرسمي.
7. من حيث استخدام الأسلحة، يقسم العنف إلى: العنف المسلح، والعنف غير المسلح.
8. من حيث مستوى التنظيم، يقسم العنف إلى: العنف المنظم، والعنف غير المنظم.
9. ويمكن أن يصنف العنف إلى: العنف الجسدي، والعنف اللفظي، والعنف النفسي (الحسن، 2008).

وقد تبنت جمعية الصحة العالمية بموجب قرارها رقم 25/49 عام 1996 بأن العنف من أبرز المشاكل الصحية العمومية، ودعت الجمعية منظمة الصحة العالمية لوضع تنميط للعنف يصف ويحدد الأنماط المختلفة له، والروابط الموجودة " فيما بين، هذه الأنماط"، وتم اقتراح ثلاث مجموعات واسعة بحسب خصائص مقترفي فعل العنف: (منظمة الصحة العالمية، 2002).

أولا - العنف الموجه للذات: يقسم هذا النوع من العنف إلى سلوك انتحاري، وانتهاك الذات ويشتمل السلوك الانتحاري على محاولات الانتحار، والأفكار

الانتحارية حيث تدعى في بعض الدول الانتحار التظـاهري، أو الإصـابة الذاتيـة المدروسه- الانتحار التام. أما انتهاك الذات فيشمل الأعمـال الأخـرى كالتـشويه الذاتي.

ثانياً - العنف بين الأشخاص: يقسم العنف بين الأشخاص إلى فئتين فرعيتين:

العنف العائلي: ويكون بين القرناء ألوثيقي الصلة بالضحية، ويقع هذا النـوع فـي المنزل ولكن ليس بشكل مطلق.

العنف المجتمعي: وهو العنف الذي يقع بين أفراد لا قرابة بيـنهم، وقـد يعرفـون بعضهم أو لا يعرفون بعضهم، ويقع بشكل عام، خارج المنزل.

ومن الأمثلة على العنف العائلي: انتهاك الطفل، وانتهـاك المـسنين، وعنـف القرناء، وثيقي الصلة.

بينما تضم المجموعة الثانية (العنف المجتمعي) أعمال العنف العشوائية، وكذلك العنف في المؤسسات كالمدارس، وأماكن العمل، والسجون، ومنازل المرضى. وهذا التصنيف من العنف هو الذي ينطبق على (موضوع هذه الدراسة).

ثالثاً - العنف الجماعي

يقسم العنف الجماعي إلى: عنف اجتماعي، وسياسي، واقتصادي، ويفتـرض هذا النوع من العنف توافر الدوافع، وان ترتكبه الزمرة الأكبـر مـن الأفـراد، أو الدول. ومن أمثلة العنف السياسي المعارك الحربية، أما العنف الاقتصادي فيحـدث من خلال هجمات المجموعات الأكبر بدوافع مكاسب اقتصادية، أو إنشاء تقـسيمات أو تجزئة اقتصادية، والعنف الاجتماعي يتمثل بقيام المجموعـة الأكبـر بالتمـسك ببرنامج اجتماعي معين مثل عنف العصابات، وجرائم الكراهية المرتكبة مـن قبـل مجموعات منظمة، (منظمة الصحة العالمية، 2002).

2-1-4 العنف في مكان العمل:

التصنيف الثاني الذي أوردته منظمة الصحة العالمية (العنف الجماعي) هو ما ينطبق على موضوع هذه الدراسة. وعرفت منظمة الصحة العالمية العنف في مكان العمل بأنه: العنف الذي يقع بين أفراد لا قرابة بينهم، وقد يعرفـون بعـضهم أو لا يعرفون، ويقع بشكل عام خارج المنزل. ويشتمل على عنف العصابات، والأعمـال

العشوائية من العنف، والاعتداء الجنسي، أو الاغتصاب بوساطة القرباء، والعنف في مواقع المؤسسات كالمدارس، وأماكن العمل، والسجون، ومنازل التمريض. (منظمة الصحة العالمية، 2002).

كما عرفته المفوضية الأوربية بأنه: الحوادث التي تتم فيها إساءة معاملة الموظفين، أو تهديدهم، أو الاعتداء عليهم في ظروف مرتبطة بتأدية عملهم، بما في ذلك الانتقال من عملهم وإليه، وتهديد سلامتهم أو رفاهيتهم، أو صحتهم بشكل صريح أو ضمني (العواودة، 2007).

وفي الدراسة المشتركة التي أجرتها منظمة العمل الدولية، والمركز العالمي للممرضات والممرضين، ومنظمة الصحة العالمية، والخدمات العالمية، في كل من المملكة المتحدة، والسويد، واستراليا، تم تعريف العنف في مكان العمل بطريقة مختلفة في كل من هذه الدول وهو على النحو التالي:

في استراليا: هو أي عمل، أو حادثة تسبب أذى نفسي، أو جسدي لشخص آخر.

في المملكة المتحدة: أي حادثة تتم الإساءة فيها لعامل في القطاع الصحي، شفهياً أو يتم تهديده، أو مهاجمته أو الاعتداء عليه من قبل مريض أو فرد من العامة في ظروف متصلة بوظيفته أو وظيفتها. (wiskow, 2003).

ولغايات هذه الدراسة يمكن تعريف العنف في مكان العمل بأنه: نمط سلوكي يمارس ضد العاملين أثناء تأدية عملهم، أو بسبب تأدية عملهم. ويشتمل هذا النمط السلوكي على أشكال مختلفة من العنف، وهي: العنف الجسدي، والعنف النفسي ويترتب على ذلك آثار مادية، أو معنوية، جسدية، أو نفسية.

2-1-5 بدايات مشكلة العنف في مكان العمل

أصبح العنف في مكان العمل معروفاً بشكل جيد في الولايات المتحدة الأمريكية، وفي العالم أجمع، منذ عام 1986 عندما أقدم موظف البريد في ادموند أوكلاهما على قتل 14 من زملائه وإصابة مجموعة أخرى منهم.

وكان سائدا في ذلك الوقت مصطلح العنف الموجه نحوا الزملاء وأصبح يطلق عليه العنف في مكان العمل، وفي عام 1998 صدر تقرير من العاصمة الأمريكية واشنطن بعنوان "العنف على الوظائف عالمي".

وأن هذه المسألة (العنف في مكان العمل) تحدث في أماكن العمل في جميع أنحاء العالم وتتجاوز كل الحدود وتدخل على كل الوظائف (Kennedy, 2002).

ويؤيد ذلك الكثير من الدراسات التي أجريت من قبل الحكومات والمنظمات في دول مختلفة، وأظهرت بأن نسبة العنف في مكان العمل في تزايد.

فقد أظهرت نتائج الدراسة التي أجرتها المنظمة الأوروبية لتحسين ظروف المعيشة والعمل عام (2000) أن من 1% إلى 5% من الموظفين قد مروا بتجربة العنف الجسدي من قبل زميل العمل، ومن 1% إلى 9% قد مروا بتجربة العنف الجسدي من الزبائن والمراجعين.

وأن ما يقارب عشر الموظفين 9% كانوا ضحايا للعنف النفسي أي بزيادة 1% عن عام 1995.

وطبقاً لتقرير المنظمة الأوروبية لعشر سنوات من البحث في أوروبا، فإن هناك تنوعاً واسعاً وكبيراً في مستويات العنف في مكان العمل في أوروبا حيث بلغ 4% في ايطاليا والبرتغال و 15% في فنلندا.

ولمعرفة مدى انتشار العنف في مكان العمل أجريت العديد من الدراسات حيث أشارات تلك الدراسات بأن هناك مجموعات غالباً ما تقع تحت العنف الجسدي وهي: قطاع الرعاية الصحية وبنسبة 24% والخدمات الاجتماعية بنسبة23%، والخدمات البريدية والبنوك والمصارف والنقل والتعليم 7%، والشرطة 5%، والبيع بالتجزئة 4%، ورعاية الأطفال4%. (Merecz, 2006)

وقد أجريت العديد من الدراسات في كل بلد بشكل مستقل فأظهرت الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بأن العاملين في قطاع المستشفيات يكونوا أكثر عرضة للعنف من مواقع العمل الأخرى ووفقاً لتقديرات إحصائيات لجنة العمل والعمال عام1999 فقد وقع 2637 اعتداء غير خطير على العاملين في المستشفيات أي ما معدله 8.3 لكل 10.000موظف. وهذا المعدل أعلى بكثير من الاعتداءات غير الخطيرة التي يتعرض لها الموظفين في القطاعات الأخرى ومعدله 2 لكل 10.000 موظف. (منظمة الصحة العالمية، 2002)

وفي المملكة المتحدة أظهرت دراسة المسح الطولية التي أجريت على عينة تكونـت من 3000 من الممرضين والممرضات بأن نسبة الذين تعرضوا للعنف ارتفعت من 42% عام 1995 إلى 63% في عام 2000. (Merecs, 2006)

وفي الدراسة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية عام 2002 تبين بأن العنف في مكان العمل متزايد في العديد من الدول: ففي جنوب أفريقيا أظهرت الدراسة بان ما نسبته (61%) من الأفراد المستجيبين للدراسة قد تعرضوا للعنف، وفـي تايلنـد بلغت النسبة (54%)، وفي البرتغال أجريت الدراسة على مركز صحي مدني بلـغ عدد موظفيه 212 موظف وكانت نسبة التعرض للعنف (60%) من المـستجيبين للدراسة، وفي بلغاريا بلغت النسبة(37%)، وفي لبنان كانت النـسبة(41%) مـن المستجيبين للدراسة ابلغوا عن تعرضهم للعنف اللفظي.

2-1-6 أنماط العنف في مكان العمل

من استعراض بدايات مشكلة العنف في مكان العمل تبـين بـأن العنـف لا يقتصر على العنف الجسدي فحسب بل يمتد إلى العنف النفسي وغيره من الأنمـاط الأخرى.

وأشار تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن العنف في مكان العمـل مـسئول رئيسي عن الموت والإصابات في كثير من أنحاء العالم. وفي الولايـات المتحـدة الأمريكية وضعت الإحصائيات الرسمية العنف في مكان العمل كسبب من أسـباب الموت في المرتبة الثانية بالنسبة للرجال بعد حوادث الطرق، والأول بالنسبة للنساء.

ويقدر الإتحاد الأوروبي تعرض 3 ملايين عامل (2% من القـوة العاملـة) للعنف البدني في مكان العمل.

ولا يشتمل العنف في مكان العمل على النمط البدني فحسب بل يضم السلوك السيكولوجي(العنف النفسي)، حيث يخضع الكثير من العاملين والعاملات للاسـتقواء عليهم وإذلالهم، وللأذى الجنسي المتكرر، والتهديد، والإرهاب، وأشكال أخرى مـن العنف السيكولوجي، فقد أظهرت دراسة فـي المملكـة المتحـدة أن (53%) مـن المستخدمين قد تعرضوا للاستقواء عليهم وإذلالهم في مكان العمل (منظمـة الـصحة

العالمية، 2002). ومن هنا فإن العنف في مكان العمل يتخذ احد النمطين التاليين، وهما: 1.العنف الجسدي. 2. العنف النفسي.

2-1-6-1 العنف الجسدي (البدني)

يعد العنف الجسدي من أقدم أنواع العنف التي عرفتها البشرية جمعاً حيث أقدم أحد إبني آدم عليه السلام على قتل أخيه (قابيل قتل هابيل).

ويقصد بالعنف الجسدي ذلك السلوك العنيف الموجه نحو الذات أو الآخرين لأحداث الألم أو الأذى أو المعاناة لشخص آخر. (آل رشود، 2000)

ويعرف الداود العنف بأنه: إصابة فرد أخر بالضرب والإيذاء الجسدي لأحداث الألم أو الأذى أو المعاناة للشخص الآخر (الداود، 2001).

وقد عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه: استخدام القدرة الجسدية ضد شخص آخر، أو مجموعة أشخاص، ينتج عنها أذى جسدي أو نفسي.(العواودة، 2007).

ويتخذ العنف الجسدي العديد من الصور، وهي:

1. الضرب: الضرب على جميع أجزاء الجسم، شد الشعر، الركل بالقدم، الإلقاء على الأرض، الحروق، العض. (حمدان، 2007)
2. الحرمان من الأكل والطعام، أو الإقلال منه، والحرمان من قضاء الحاجة.
3. التحرش الجنسي، أو الاعتداء الجنسي (الخولي، 2006)

أشارت الدراسة التي أجراها معهد الملكة زين الشرف إلى الصور التي يتخذها العنف الجسدي، وهي: الضرب، وشد الشعر، والصفع، والدفع، والمسك بعنف، ولوي اليد، والرمي أرضا، واللكم، والعض، والخنق، والدهس، والحرق. (معهد الملكة زين الشرف، 2002)

ويتكرر حدوث هذا النوع من العنف في المستشفيات الحكومية وخاصة في أقسام الإسعاف والطوارئ، حيث يكون المتسبب في أغلب الأحيان إما المريض، أو مرافقيه، أما الضحية فتكون الكوادر الطبية العاملة في المستشفى. وتتعدد العوامل المؤدية لحدوث هذا النوع من العنف، ومن الأمثلة عليها قيام الكوادر الطبية بإبلاغ المريض ومرافقيه بأمر مزعج أو التأخر في تقديم الخدمة العلاجية. (العواودة، 2007).

2-1-6-2 العنف النفسي(السيكولوجي)

العنف النفـسي: هو أكثر أنماط العنف انتشاراً، وغالباً ما يتمثل في السب والـشتم، والتنابز بالألقاب. (الغامد، 2008)

ويعرفه العرود بأنه: كل فعل موذٍ نفسياً، وهو أكثر أنواع العنف شـيوعاً فـي المجتمعات الفتية والفقيرة ً على حد سواء. (العرود، 2008)

وقد عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه استخدام القوة لاسـتهداف الآخـرين، ويشمل التهديد بالقوة الجسدية ويترتب عليه الإساءة الجسدية، أو الذهنية، أو الروحية والأخلاقية، أو الاجتماعية وكما يدخل ضمن هـذا الاسـتخدام الإسـاءة بالألفـاظ والتحرش والتهديد (منظمة الصحة العالمية، 2002)

ويتخذ هذا النمط من العنف أشكالاً مختلفة: ففي دراسة معهد الملكـة زيـن الشرف (2002) يتخذ العنف النفسي الأشكال التالية:(الشتم، والتحقير، والإحـراج، والمعاملة كخادمة، واللوم، والاتهام، والتخويف)

وفي الدراسة التي أجرتها منظمة العمل الدولية، ومنظمة الـصحة العالميـة، والمركز العالمي للممرضات والممرضين (2003)، أتخذ العنف النفـسي الأشـكال التالية: التهديد (شفهي وغير شفهي)، التهديد بالاعتداء، والسلوك المحدد، والتهديد ذو الطبيعة الجنسية والإساءة الشفهية، والـشتم الـشفهي، والإسـاءة غيـر الـشفهية (الإشارات)، والاضطهاد، والاعتداء بشكل عصابات (تجمع)، والتحـرش، ومـن وسائل التهديد الاتصالات الهاتفية، والتخويف. (Ilo, 2003)

وهذه الأنماط من العنف: (الجسدي، والنفسي) هي ما استقرت عليها غالبيـة الدراسات في أماكن العمل وخاصة القطاعات الصحية.

وقد أجريت العديد من الدراسات واستخدمت هذين النمطين، ومنها: الدراسـة التي أجراها بيلج (Peleg, 2005) حول العنف الجسدي والنفسي الموجه للعـاملين في المستشفيات الاسرائيلية. والدراسة المشتركة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية، ومنظمة العمل الدولية، والمركز العالمي للممرضات والممرضين 2003. والدراسة التي أجراها شوقي (Shoghi, 2005) في إيران، وأظهرت بأن عينة الدراسة قـد

تعرضت للعنف الجسدي وبنسبة (27.6%)، بينما تعرضت للعنف النفسي بنـسبه (87.4%).

وفي تركيا أجرت بوز (Boz, 2006) دراسة حول العنـف الموجـه نحـو العاملين في القطاع الصحي في أقسام الطوارئ، فأظهرت بأن (50%) مـن عينـة الدراسة قد تعرضوا للعنف الجسدي، و(88.6%) تعرضوا للعنف النفسي.

وفي تركيا ايضا أجرت سبيسي (Cebeci, 2008) دراسـة حـول العنـف الموجه للعاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ من المرضى، والأشخاص المرافقين لهم، فأظهرت الدراسة بأن(60%) من المبحوثين قد تعرضوا للعنـف الجـسدي، و(94.4%) تعرضوا للعنف النفسي.

وأظهرت دراسة في جامعة ماونتن في فرجينيا التي أجراها الباحث تـايلور (Tyler, 2007) بأن (63%) من المشاركين في الدراسة قد ابلغوا عن التعـرض لإساءة جسدية، فيما تعرض(98%) من المبحوثين لإساءة نفسية والتي تشتمل على التهديد، والإساءة اللفظية.

2-1-7 أطراف العنف في مكان العمل

العنف في مكان العمل كما تراه إدارة الصحة والسلامة الوظيفية في الولايات المتحدة الأمريكية (OSHA): هو أعمال العنف التي تشمل الاعتـداءات الجـسدية، والتهديد بالاعتداءات الموجهة نحو الأشخاص في العمل، أو خلال أدائهم لواجبـاتهم ومهامهم.

وفي تعريف آخر يشتمل العنف في مكان العمل على العنف الجسدي،والعنف النفسي، والاضطهاد والإجبار، والتحرش العرقي، والتحرش الجنـسي، ويمكـن أن يشمل التفاعلات والاحتكاكات بين رفاق العمل، والمشرفين، والمرضى، وعـائلات الزوار وآخرون.

أما مركز البحوث في جامعة ايوا (Iowa) الأمريكية فيصنف عنف العمـل من واحد إلى أربعة مصنفات، وهذه المصنفات هي:

النوع الأول:- النية الإجرامية (Criminal Intent)

يحدث هذا النوع من العنف عندما يتم نشاط إجرامي مثل السطو مع عدم وجود علاقة شرعية للمعتدي بمكان العمل.

النوع الثاني:- المعتدي هو الزبون أو المراجع أو المسترشد.

(Customer Client) يكون المعتدي الزبون، أو المسترشد، أو المراجـع لمكـان العمل مثل المريض في مركز الرعاية الصحية، وتحدث حالة العنف خـلال تقـديم الخدمة له من قبل العاملين في مكان العمل.

النوع الثالث:- (العاملين مع العاملين) (Worker on Worker)

وفي هذا النوع يكون المعتدي هم العاملون الحاليون أو السابقون.

النوع الرابع:- العلاقة الشخصية (Personal Relationship)

يكون للمعتدي علاقة شخصية بالموظف مثل العنف المنزلي في مكان العمـل، العنف بين أفراد العائلة الواحدة في مكان العمل. (Mephaul, 2004)

والنوع الثاني من الأصناف السابقة هو ما ينطبق على هذه الدراسة، أي عندما يكون المعتدي هو الزبون، أو المراجع لمكان العمل، ويحدث العنف على آثر تقديم الخدمة لهذا الزبون، أو المراجع.

وقد أثبتت الكثير من الدراسات بأن العنف في القطاع الصحي بشكل عام وفي قطاع المستشفيات بشكل خاص غالباً ما يرتكب من قبل المريض، أو المرافقين لـه (ذويه، أصدقائه).

ففي الدراسة التي أجرتها وحدة السياسة الصحية في المملكة المتحـدة علـى عينة من 3000 طبيب، تبين بأن مرتكبـي العنـف هـم المرضـى، وعـائلتهم، وأصدقائهم. وكانت النسب على النحو التالي: المرضى (50%)، عائلات وأصدقاء المرضى (34%)، أشخاص آخرون (2.14%). وفـي دراسـة (Shoghi, 2008) التي أجراها في إيران تبين بأن أعلى النسب لمرتكبي العنف هم عائلـة المـريض وأصدقائه، ويليهم مشرف العمل أو الطبيب. وفي دراسة (Hesketn, 2002) كـان المرضى هم المصدر الرئيسي للعنف وخاصة الجسدي منه. وفي دراسة (Peleg,

2005) التي أجريت في إسرائيل تبين بأن المرضى هم مصدر العنـف الجـسدي، ويليهم عائلاتهم. أما العنف النفسي فكان أفراد العائلة أو الأصدقاء، ويليهم المرضى.

2-1-8 العوامل المؤدية إلى ارتكاب العنف في أماكن العمل

تتعدد العوامل المؤدية إلى ارتكاب العنف في مكان العمل فمنها عوامل تتعلـق بمرتكبي العنف (المريض، ومرافقيه) أو الضحية (الكوادر الطبية).

2-1-8-1 دور الضحية في العنف

اهتم علماء الجريمة في الضحية (المعتدى عليه) لأنه يعتبر احد الركـائز الأساسية في حدوث الجريمة، فقد يكون جنس المعتدى عليه أو مركزه الاجتماعي أو السياسي أو الوظيفي هو السبب فيما وقع عليه من إجرام. (الشبول، 2008)

ويختلف دور الضحية في الجريمة خلال مراحلهـا المختلفـة: مرحلـة قبـل الحدوث ومرحلة الجريمة أثناء حدوثها، وهي على النحو التالي:

أولاً: دور الضحية في تهيئة فرص حدوث الجريمة

يقوم الضحية أحياناً بتهيئة فرص حدوث الجريمة بطريقة مباشرة، أو غيـر مباشرة، مثل: الإهمال والتقصير، الاستفزاز، والاستهتار بالمخـاطر والمغـامرة، واللامبالاة، وغياب الحكمة في التعامل، والتفكير الخاطئ، والتردد علـى الأمـاكن التي تزداد فيها احتمالات حدوث وقوع الجريمة.

وهذا الدور الذي يقوم به ضحايا الجريمة ينطبق على هذه الدراسة، فغالباً ما يكون العنف عندما يشعر المريض أو مرافقيه (ذويه، أصدقائه) بأن الكوادر الطبية لا تقوم بواجبها على الوجه المطلوب ولديها اسـتهانة فـي التعامـل مـع الحالـة المرضية، التي يعتبرها ذويها بأنها طارئة وعلى درجة عالية من الخطـورة، فـي حين تكون الحالة عادية وليست طارئة في نظر الكوادر الطبية، وأثبتـت التقـارير الإحصائية الصادرة عن وزارة الصحة بأن نسبة الحالات غيـر الطارئـة تفـوق الحالات الطارئة.

وهذه الفجوة بين الثقافة الطبية لدى الأفراد والكوادر الطبية هي مـا تجعلهـم يشعرون بأن الكوادر الطبية لا تهتم بالحالات المرضية وتستهتر بها.

وهذا ما يطلق عليه سوء الفهم بين متلقى بالخدمة ومقدميها، وبهـذا الـصدد أظهرت دراسة بيث (Keely, 2002) بأن الأفراد يأتون لمراكـز تلقـي الخدمـة الصحية ولا يعرف عن شخصياتهم وسلوكياتهم سوى النذر اليسير، وهذا يتطلب من الكوادر الصحية أن تتواصل معهم، ومع بعضهم البعض حتى تكافح الموقف المتوتر قبل أن يصبح عنفاً.ويمكن أن يحدث من خلال عدم اليقظة والانتباه، وحالات سـوء الفهم، وفقدان الضبط والسيطرة، وسلوكيات أخرى مثل الحديث بـسرعة، ورفـع الصوت.

وأجرى يوهوا لين (Lin, 2008) دراسته في جنوب تايوان وأظهرت كذلك بأن السبب الرئيسي في حدوث العنف فـي المستـشفيات هـو الارتبـاك النفـسي للمرضى، كما أظهرت الدراسة أن الناس في تايوان يميلون إلى العنف للتعبير عـن غضبهم، واستيائهم، إذا كانت أفكارهم وأرائهم تختلف عن بعضهم البعض.

فالاختلاف في التقدير بين إن كانت هذه الحالة طارئة، أم غير طارئـة (أي أنها تستوجب تدخلاً سريعاً أم لا). يترتب عليه حـدوث العنـف بـين المرضـى، ومرافقيهم من طرف، والكوادر الطبية من الطرف آخر.

ثانياً: دور الضحية في التخفيف من أضرار الجريمة

في هذه الحالة يقوم الضحية بامتصاص غضب وتوتر الجاني، من خلال أمـا: ترك موقع العنف، أو استخدام وسائل اتصال تقنع الجاني بالكف عن العنف.

وبتطبيق ذلك على موضوع الدراسة غالباً ما يكون المريض ومرافقيه في حالة غضب وتوتر خوفاً على مريضهم، فعندما لا يجدون الـسرعة بـالإجراءات فـي معالجة المريض، أو تتفاقم حالة مريضهم الصحية ويفارق الحيـاة، فـإن بـوادر الغضب والتوتر لديهم تزداد ويصبح ليس أمامهم سوى الكوادر الطبية لإلقاء اللـوم عليها وأنها السبب في تأخير المعالجة، أو الوفاة. ويبدأ مشوار العنف مـن إلقـاء الألفاظ النابية، والسب والشتم، والتهديد. فإذا ما أحسنت الكوادر الطبية التصرف في هذه المرحلة فإن العنف لا يتعدى هذه المرحلة، وهذا هو فحوى النظرية الحلزونية

ومن روادها ووكر(Walker)، وتقوم هذه النظرية على افتراض أن العنف لا يحدث فجأة، بل يحدث كدالة لنمط من التفاعلات الحلزونية متعددة المراحل، فهناك مرحلة تصاعد التوتر، ثم يليها مرحلة تفجر العنف الحاد، ثم الشعور بالتخفيف من التوتر، ثم الاعتذار لتبدأ من جديد المرحلة الأولى. (الخولي، 2006)

أما إذا لم تحسن الكوادر الطبية الاتصال السليم، والتعامل مع الأحداث المتسارعة فإن العنف يأخذ بالأتساع ويصل إلى مرحلة العنف الجسدي بصورة المختلفة، ومن ثم الأضرار في ممتلكات المستشفى، مثل: الزجاج، وآسرة المرضى، وأجهزة التصوير،... الخ.

ومن هنا فإن برامج الوقاية من العنف في الدول المتقدمة أكثر ما تركز على كيفية التعامل مع الأهل والمرضى وتضع برامج لذلك.

وبهذا الاتجاه أظهرت الدراسة التي أجراها (Keely, 2002)، بأنه في هذه البيئة المحفزة للعنف حيث طلبات المرضى، وعائلتهم، والزوار، والأطباء، وزملاء العمل يكون من الصعب تلبية طلباتهم ورغباتهم، وعندما لا يجدون تلبية لرغباتهم يكون العنف اللفظي، وتبدأ حلقات العنف على مراحل، فيبدأ بتغير النشاط، وعدم الراحة والاستقرار، ثم يكون العنف اللفظي ويتطور إلى سلوك عدائي مثل رمي الأشياء، أو دفع الأثاث، وهنا يفقد الفرد السيطرة على أعصابه فيتفاقم العنف.

ثالثاً: دور الضحية في حدوث الجرائم المستترة

يقصد بالجرائم المستترة تلك الجرائم التي تحدث ولا يصل علمها إلى أجهزة الشرطة، والنيابة العامة، وقد يكون ذلك لأسباب عديدة،ومنها: عدم وجود وقت كافي لمتابعة القضية من قبل الضحية، أو خوفه من انتقام الجاني. (الشبول، 2008)

وكثير من حالات العنف في مكان العمل لا تتم متابعتها أمام المحاكم والشرطة. ويعزى ذلك الى أن هذه القضايا غالبا ما تنتهي بالتصالح الذي يجري في القضايا الأخرى، أي الاعتداء على الموظف في مكان وظيفته أصبح كالمشاجرة العادية بين طرفين، ويضاف إلى ذلك أنهم لا يتابعون القضية لعدم قناعتهم بأن يقفوا أمام القضاء كأطراف مشاجرة، ممكن أن يدانوا ويزجوا في السجون. وأخيرا أن ما

تم اتخاذه من إجراءات على حوادث سابقة لا يشجع على الإبلاغ عن الحادثة ومتابعتها قضائياً.

وبهذا الاتجاه كشفت الدراسة التي أجراها شوقي (Shoghi, 2008) في إيران أن غالبية الممرضين والممرضات لم يبلغوا عن العنف رغم حاجتهم إلى ذلك؛ لأنهم يعتقدوا أن ذلك مضيعة للوقت ودونما نتيجة، وأن(22%) من المستجيبين لم يبلغوا عن الحالة لأنه قد تم حلها من قبلهم.

إن إحجام الكوادر الطبية عن الإبلاغ عن حوادث العنف التي يتعرضون لها يؤدي إلى زيادة حدوث العنف.

كما أنه يعطي مؤشر غير حقيقي لدى الاطلاع على الإحصائيات عن حوادث العنف التي يتعرضون لها وبالتالي يكون الاهتمام على قدر حجم الإحصائيات.

مما سبق يتضح إن إحجام الكوادر الطبية عن الإبلاغ عن حالات العنف يعود لأسباب متعددة، ومنها:

1. معاملة الكوادر الطبية على أنهم أطراف مشاجرة مع الأشخاص المعتدين.
2. عدم فعالية الإجراءات التي تم اتخاذها مع الحالات السابقة.
3. إن الإبلاغ عن حوادث العنف هي مضيعة للوقت دونما نتيجة.
4. عدم فعالية الإجراءات التي تم اتخاذها من قبل النقابات المهنية التي ينتمون إليها.
5. عدم التعامل مع القضايا على أن الكوادر الطبية موظف عام تم الاعتداء عليه أثناء القيام بوظيفته (مقابلات مع الكوادر الطبية أثناء توزيع أداة الدراسة).

وتعقيباً على هذه العوامل فإن وزير العدل وجه كتاباً لدولة رئيس الوزراء يطلب فيه التعميم على الجهات المعنية بضرورة تطبيق النصوص القانونية التي تتضمن الاعتداء على الموظف أثناء قيامه بواجبات وظيفته، أو من أجل ما أجراه بحكم الوظيفة، وعدم اعتبارها مشاجرة بين طرفين.

ويرى كثير من الباحثين أن من أبرز الوسائل التي تخفف العنف هي إبلاغ الشرطة، والاهتمام بالضحية ومحاولة إعادة تأهيلها في الحياة الاجتماعية بعد حدوث

العنف، والتخفيف من معاناتها الجسدية، والنفسية، والاقتصادية، ويـتم ذلـك عبـر تأسيس المؤسسات المدنية التي تهتم بضحايا العنف. (الشبول، 2008).

وهذا الدور في موضوع هذه الدراسة يستحسن أن تقوم به النقابات المهنيـة، التي تنتمي لها الكوادر الطبية بالتعاون مع وزارة الصحة من خلال تعيين أخصائيين اجتماعيين، ونفسيين لمعالجة آثار العنف الذي تتعرض له الكوادر الطبية.

2.8.1.2 العوامل المؤدية للعنف في مكان العمل

لا يوجد عامل واحد يفسر لماذا يرتكب العنف في مكـان العمـل، أو لمـاذا يرتكب في مكان عمل دون المكان الآخر. وعلية فالعوامل المؤدية لارتكاب العنـف في مكان العمل (قطاع الصحة) متعددة ومتداخلة، فمنهـا: الاجتماعيـة والثقافيـة، والاقتصادية، والبيئية، والإدارية، ومنها ما يعود للكوادر الطبية أنفسهم.

وقد اتفقت العديد من الدراسات المتعلقة في العنف في مكان العمل (القطـاع الصحي) على العوامل المؤدية للعنف، رغم انها أجريت في دول مختلفـة ومنهـا: دراسة (المؤسسة الوطنية للصحة والسلامة في المواقـع الوظيفيـة (NIOSH, 2002، ودراسة (Pelg, 2005) في إسـرائيل، ودراسـة (sari, 2006)، فـي جنوب تركيا، ودراسة (Lin, 2008) في جنوب تايون، ودراسة (Tyler,2007) وهي رسالة ماجستير في جامعة ماونتن في الولايات المتحدة الأمريكيـة، ودراسـة (fernandes, 1999) في كندا، ودراسة (Cebeci, 2008) في تركيا، ودراسـة (Mephaul, 2004). وتتخلص هذه العوامل فيما يلي:

1- أوقات الانتظار الطويل التي يقضيها المرضى والمرافقين في أقـسام الإسـعاف والطوارئ، قبل أن يأتي دورهم في العلاج، ويمكن تلافي ذلـك مـن خـلال التخطيط الجيد بزيادة أعداد الكوادر الطبية، وزيادة أقسام استقبال المرضى.

2- عدم ملائمة غرف الانتظار حيث تكون دائماً مزدحمة، وغيـر مريحـة أي لا تتوفر فيها وسائل الراحة المناسبة، من: مقاعد، وأجواء هادئة. ويترتب علـى ذلك رفع مستوى الضغط والتوتر الذي يعانيه المرضى والمـرافقين بطبيعـة الحال.

3- التصميم غير المناسب للاماكن حيث تكون صالات العـلاج ضـيقة، أو تكـون مدخلا إلى المواقع الأخرى، وقد تكون مكشوفة إلى العامة (أي يمكن الدخول والخروج منها بسهوله).

4- الافتقار إلى الأمن والحراسة الكافية في أقسام الإسعاف والطوارئ ولا سيما لدى إحضار الأشخاص من ذوي الأسبقيات الإجرامية.

5- الدخول غير المحدود والمقيد لمرافقي المرضى، ويترتب على ذلك زيادة الأفراد في صالات العلاج مما يضعف الإجراءات الطبية وبالتالي انتقادها مـن قبـل المرافقين، وهنا يحدث العنف لعدم رضا المرافقين عن الإجراءات الطبية.

6- عدم وجود قوانين وتشريعات تساعد في ردع الأفراد المعتدين مما يـساهم فـي تقليل العنف.

7- الاضطرابات النفسية التي يعانيها المرضى، والمرافقين، والكوادر الطبية، حيث يكون المرضى والمرافقين في حالة من التوتر والهياج خوفاً على مريـضهم، ولا يجدون من الكوادر الطبية سعة الصدر واحتواء الموقف.

8- عدم كفاية الأسرة في المستشفيات لإدخال المرضى الذي يقرر الأطباء إدخالهم.

9- عدم مقدرة المرضى والمرافقين على دفع فاتورة المستشفى نظراً لارتفاع أسعار فواتير المستشفيات.

10- التعامل المباشر مع الأشخاص العنيفين خاصة ذوي السوابق الإجرامية وهـذا يشكل عامل خطورة على الكوادر الطبية.

11- قلة التدريب والتعليم للكوادر الطبية، وكذالك نقص السياسات المتعلقة في إدارة الأزمات والتعامل مع المرضى، والمرافقين سريعي الاستثارة والهياج، وقلـة الخبرة لدى الكوادر الطبية التي تعمل في أقسام الإسعاف والطوارئ فـالخبرة المهنية تمكن الكوادر الطبية من فهم، وكيفيـة إدارة الأزمـة مـع المرضـى والمرافقين.

12- طول فترات الدوام التي تقضيها الكوادر الطبية في العمـل، حيـث أشـارت غالبية الدراسات السابقة بأن العاملين بنظام الشفتات ولساعات متأخرة من الليل هم الأكثر عرضه للعنف.

13- تعاطي الكحول والمخدرات من قبل المرضى، والمرافقين، والكوادر الطبية.
14- العمل بشكل منفصل عن الكوادر الطبية الأخرى، فغالباً مـا تكـون أعـداد الكوادر الطبية قليله والمرضى المرافقين كثر فيضطر كل منهم للعمـل مـع مجموعه.
15- حمل واستخدام الأسلحة النارية من قبل المرضى، والمرافقين، وادخلها إلـى صالات العلاج حيث تشكل تهديداً مباشراً، وغير مباشر للكوادر الطبية

2-1-9 الآثار المترتبة على العنف في مكان العمل

أصبح العنف يثقل كاهل الدول كافة المتقدمة منها والنامية على حداً سـواء، من حيث الآثار المترتبة عليه. فهذه الآثار تختلف من حيث نظرة الباحثين إليها فهي أما آثارا اقتصادية أو شخصية أو صحية، وهي على النحو التالي.

2-1-9-1 الآثار الشخصية

العنف في مكان العمل إما أن يكون عنفاً جسدياً أو نفسياً وهذه الأنماط مـن العنف تؤدي إلى إلحاق الضرر والأذى بالكوادر الطبية التي تتعرض لها. والعنـف في مكان العمل يبدأ في مراحله الأولى بالسب والشتم، ثم يتطور مرحلة تلوا الأخرى حتى يصل إلى القتل، أو ما دون ذلك بقليل.

وقد أجريت العديد من الدراسات؛ وكانت تهدف لبيان آثار العنف في مكـان العمل، ومن هذه الدراسات: الدراسة التي أجراها (Peleg, 2005) حـول العنـف الذي تتعرض له الكوادر الطبية في إسرائيل وأظهرت الدراسة بأن للعنف آثر سـيئاً وسلبياً على حياة الأطباء.

كما أظهرت دراسة (Shoghi, 2008) التي أجراها في إيـران أن العنـف النفسي يترتب عليه آثار شخصية على الكوادر الطبية تتجلى بما يلي: اضـطرابات النوم، والإنهاك، والكوابيس، والتوتر، والصراعات المستمرة، والتـشنجات، والآلام مفاصله، وفقدان الصحة والثقة، وعدم الرضا، وعدم القناعة الذاتيـة، والمزاجيـة،

وأعراض فقدان الذاكرة، والإحباط، وتعاطي الكحول، والتدخين، وقد تـصل إلـى الانتحار.

كما يترتب على العنف الجسدي مشاكل جسدية دائمة مثل: الآلام الظهر، وقد تصل هذه الآلام إلى حد الموت.

وأظهرت الدراسة التـي قامـت بهـا (Daly, 2008) بـأن (15%) مـن المستجيبين للدراسة في السويد يعـانون مـن الآلام فـي الظهـر، و(12%) مـن المستجيبين للدراسة في الدنمارك يعانون مـن الآلام فـي الظهـر، و(10%) فـي اسكتلندا.

وكشفت دراسة (Mephaul, 2004) بأن العنف الجسدي يترتب عليه العديـد مـن الإصابات وهي: الكدمات، وكسور العظام، والجروح التمزقات، وارتجاج المخ.

ويقدر الاتحاد الأوروبي تعرض 3 ملايين عامل (2%من القوه العاملة) للعنف الجسدي في العمل، ولا يشمل العنف في أماكن العمل على العنف الجسدي فحـسب بل يشمل العنف السيكولوجي (النفسي).

وبهذا الاتجاه أشارت دراسة أجريت في الولايات المتحدة بأن (53%) مـن المستخدمين قد تعرضوا للاستقواء عليهم وإذلالهم في العمل، وفي جنـوب أفريقيـا كانت النسبة (78%) من المستجيبين قد تعرضوا للاستقواء عليهم وإذلالهم.

إن ارتفاع أعمال العنف الجسدي والنفسي قد تـؤدي إلـى تـشويه سـمعة العاملين، وتؤدي إلى نتائج خطيرة. ففي السويد قدر بأن هذا الـسلوك (الاسـتقواء والإذلال في مكان العمل) يمثل من(10-15%) من أسباب الانتحار (منظمة الصحة العالمية، 2002).

2-1-9-2 الآثار المترتبة على العنف في مكان العمل علـى مـستوى الرعايـة الصحية

أن ما تتعرض له الكوادر الطبية من عنف في مكان العمل وما يترتب على هذا العنف من آثار شخصية (سبق ذكرها) يؤدي بهذه الكوادر إلى الإحباط، وعـدم القدرة على تأدية الواجبات المؤكله إليها على الوجه الأكمل خاصة وأنهم يعملون في

أقسام الإسعاف والطوارئ والتي تتطلب دافعية في العمل وسرعة في الاستجابة، فيكون هاجس كل منهم ترك العمل، أو النقل إلى مؤسسة أخرى، أوالى قسم آخر داخل المستشفى الذي يعمل به حتى يتجنب العنف وعواقبه.

أن هذا المستوى الذي يصل إليه الكادر الطبي يؤثر بشكل سلبي على الخدمة الصحية التي يقدمها، فتصبح غير مقبولة، ويترتب على ذلك مزيد من العنف، وهكذا دواليك حتى نصل إلى خدمة صحية دون المستوى المطلوب ومزيد من العنف، وانتشار للأمراض، وإحجام عن دراسة الاختصاصات الطبية.

وقد أجريت العديد من الدراسات في هذا الشأن، وأظهرت الدراسة التي قام بها (Tyler, 2007) بأن نسبة كبيرة من المستجيبين للدراسة ابلغوا عن تفكيرهم ترك مهنة التمريض بسبب العنف في مكان العمل، وأن بعض المستجيبين أبلغ بأنه يعرف أشخاص تركوا العمل بعد التعرض للعنف.

وفي دراسة (Mair) المشار إليها في دراسة (lin, 2008) أظهرت النتائج أن (71%) من الممرضات في الطوارئ تحت المعدل المطلوب للإبلاغ عن العنف، وكنتيجة لهذا العنف قد تقرر الممرضة الانتقال ضمن نفس المنشأة، أو منشأة صحية أخرى، أو ترك العمل في التمريض. كما أظهرت الدراسة بأن الإنتاجية لدى الكوادر الطبية أصبحت متناقصة نتيجة للعنف الذي يتعرضون له.

كما أظهرت دراسة (Shellie & Simons, 2008) وهي بعنوان التهديد التي تتعرض له الممرضات وعلاقته بنية الممرضات ترك العمل، بأن النتيجة الرئيسية في هذه الدراسة هي مع ارتفاع التهديد في مكان العمل تزداد النية لدى الممرضات والممرضين ترك وظائفهم.

وكذلك أظهرت الدراسة التي قامت بها (NIOSH, 2002) بأن العنف يمكن أن يؤدي إلى إصابات جسدية طفيفة، أو إصابات جسدية خطيرة، أو إعاقات جسدية مؤقتة، أو دائمة، وكذلك أضرار نفسية وقد تصل إلى الموت. وأضافت بأن هناك أضرار مؤسسية تترتب على العنف ومنها: تدني أخلاقيات العمال، والتوتر الوظيفي المرتفع، والانطواء والتراجع في الأداء بشكل متزايد، وتناقص الثقة بالإدارة ورفاق العمل، وتصبح بيئة العمل عدائية.

3-9-1-2 الآثار الاقتصادية المترتبة على العنف في مكان العمل

يفرض العنف ضريبة بشرية واقتصادية على الدول، ويكلف اقتصادياتها ملايين الدولارات سنوياً تتوزع بين الرعاية الصحية، والتكاليف القانونية، والتعطيل عن العمل، والخسارة الإنتاجية، وأثمان الممتلكات المتضررة. (منظمة الصحة العالمية، 2002).

وتشير إحصائيات معهد البحوث الأمريكي التابع لوزارة العمل الأمريكية بأن تكاليف العنف في مكان العمل عام 1993 بلغت(4.2) مليار دولار سنوياً، وارتفعت هذه القيمة عام 1995 إلى(36) مليار دولار، وفي عام 1996 انخفضت هذه الأرقام بشكل طفيف وأصبحت (35.4) مليار دولار. ويعزو المعهد الأمريكي السبب في ذلك الانخفاض في التكاليف إلى القيام ببرامج تدريبية للمشرفين، والمديرين، وكذلك إلزام كافة الموظفين ببرامج تدريبية تخفف من العنف في مكان العمل.

وتهتم الدول الصناعية باحتساب تكلفة العنف في مكان العمل من أجل ربط ذلك ببرامج الوقاية من العنف، فكثير من برامج الوقاية من العنف في مكان العمل أدت إلى خفض العنف وبالتالي تقليل الآثار الاقتصادية المترتبة عليه. وترى منظمة الصحة العالمية بأن العنف في مكان العمل يسبب تخريباً مباشراً على المدى البعيد في العلاقات بين الأشخاص وفي جميع أوساط العمل وتشتمل تكاليف العنف في مكان العمل على ما يلي:

1. التكاليف المباشرة، وتنشأ عن بعض الأشياء مثل:
   - أ- الحوادث
   - ب- الأمراض
   - ج- العجز، والموت
   - د- الغياب عن العمل
   - هـ - تغير فريق العمل
2. التكاليف غير المباشرة:

أ- نقص إنجاز العمل.

ب- انخفاض جودة المنتجات أو الخدمة وبطء الإنتاج.

ج- نقص التنافس.

3. التكاليف الأخرى غير الملموسة وتشمل:

أ- تشوه صورة المنظمة.

ب- تدني الحوافز والأخلاقيات.

ج- نقص الولاء للمنظمة.

د- نقص مستوى الإبداع.

هـ - تصبح البيئة أقل توافقاً مع العمل.

2-1-10 الوقاية من العنف في مكان العمل

يعتبر العنف في أماكن العمل مسؤول رئيسي عن الإصابات في كثير مـن أنحاء العالم، ففي الولايات المتحدة الأمريكية بينت الإحصائيات الرسمية أن القتل في أماكن العمل هو السبب الثاني لموت الرجال بعد حوادث السير، وهو الـسبب الأول بالنسبة للنساء.

ويرتكز الأسلوب الشمولي للوقاية من العنف في أماكن العمل الـذي تعتمـده منظمة الصحة العالمية على تنفيذ التشريعات، وهدفه الأساسي هـو جعـل صـحة وسلامة العمال وعافيتهم جزء لا يتجزأ من تطـوير المنظمـة، ويقـوم الأسـلوب الشمولي للوقاية من العنف في أماكن العمل على مجموعة من العناصر الأساسـية، وهي: (منظمة الصحة العالمية، 2002)

1. التعاون الفعال بين منظمات العمال، والموظفين في تكـوين صـيغة بنيويـة لبرامج وسياسات واضحة مضادة للعنف في مكان العمل.
2. دعم التشريعات والدلائل الإرشادية الصادرة عن الحكومة الوطنية والمحلية.
3. توزيع دراسات عن الحالات حول الممارسات الجيدة في الوقاية من العنـف في مكان العمل.
4. تحسين بيئة العمل وأساليب الإدارة في أماكن العمل.

5. توفير فرص أكبر للتدريب.

6. تقديم المشورة والدعم للضحايا المتأثرين.

وتختلف برامج الوقاية من العنف في أماكن العمل من بلد إلى آخر، ومن ثقافة إلى أخرى نظراً لتأثر السلوك العنيف بالثقافة السائدة في المجتمع.

وقد أجريت العديد من الدراسات حول الوقاية من العنف في مكـان العمـل، ومن هذه الدراسات ما قامت به وزارة العمل في الولايات المتحدة الأمريكية بإعداد مبادئ توجيهية لمنع العنف في أماكن العمل.

وحسب هذه المبادئ فإن العنف المرتكب ضد العاملين في الرعاية الـصحية قد يكون مصدره اللصوص أو الأشخاص الخارجين عن القـانون، وتعـالج هـذه المبادئ العنف المرتكب من المرضى، والزوار ضد العاملين بالرعاية الصحية.

وجاءت هذه المبادئ بعد ارتفاع نسبة الاعتداءات على العاملين في الرعايـة الصحية وأصبحت تتفوق على جميع المؤسسات الأخرى، مثل مؤسسات الخـدمات الاجتماعية، والثقافية وغيرها، فبلغت نسبة إصابة الأطباء (16.2%) والممرضـين والممرضات (21.9%) وتتلخص هذه المبادئ بما يلي:

الضوابط البيئية (الهندسية) لمنع وتقليل العنف في مكان العمل

يقوم أساس الضوابط الهندسية على إزالة الخطر من مكان العمل من خلال إيجاد حاجز بين العامل والمخاطر. وهناك العديد من التدابير التي يمكن أن تمنع، أو تقلل العنف في أماكن العمل، ومنها: (USA, labor,1998)

1- جعل خطط البناء الجديدة أو التغييرات المادية لمرفق ما، أو مكـان العمـل ملائمة لإزالة أو تقليل المخاطر الأمنية.

2- تركيب نظام الإنذار وغيره من الأجهزة، وأن يكون مرتبط مع نظام فعـال للاستجابة، بحيث يكون استخدام نظام الإنذار باليد أو بالأجهزة الخلوية، أو ألأجهزة اللاسلكية الخاصة.

3- توفير أجهزة الكشف عن المعادن، وتركيبها عند الاقتـضاء للكـشف عـن الأسلحة والأدوات التي يمكن استخدامها في العنف، وفقا لتوصيات خبـراء

الأمن والاستشاريين، وكذلك استخدام الدوائر المغلقة لتسجيل الفيديو فـي المواقع ذات الخطورة العالية على مدار 24 ساعة يوميا.

4- إيجاد غرف أمنة (صالات علاج) لاستخدامها في حالات المرضى من ذوي الأسبقيات الإجرامية، ومثال ذلك أن يكون الزجاج مقـاوم للرصـاص أو زجاج واق في حال تحطمه.

5- استخدام الحد الأدنى من الأثاث في غرف الأطباء، وصالات العلاج، وضمان أن يكون خفيف الوزن، من دون حواف أو زوايا حادة، والحد ما أمكن ذلك من عدد الصور، والمزهريات، ومطافئ السجائر أو غيرها من المواد التي يمكن استخدامها كأسلحة، وأن يتم ترتيب الأثاث بحيث لا يسمح بالـدخول إلى صالات العلاج، وكذلك إقفال أبواب غرف فحص المرضى للحد مـن الوصول إليها، وإقفال كل الأبواب غير المستخدمة

6 - توفير حمامات للموظفين منفصلة عن المرضى، والمراجعين، والزوار.

الضوابط الإدارية لمنع وتقليل العنف

إن ممارسة الإجراءات الإدارية والرقابة على العمل يؤثر على طريقة أداء الموظفين لوظائفهم ومهامهم، وكذلك إجراء التغييـرات فـي ممارسـة العمـل، والإجراءات الإدارية يمكن أن تساعد على منع حدوث العنف. ويمكن إيجاز بعض العناصر الإرشادية للمؤسسات، وأصحاب العمل من أجل تحقيق الفائدة:

1- التعميم بوضوح على المرضى، والزوار، والموظفين بـأن العنـف غيـر مسموح به ولا يمكن التغاضي عنه، ويكون ذلك من خلال وسائل الأعـلام المرئية، والمسموعة، والمقروءة.

2 -التنسيق المباشر مع الشرطة والنيابة العامة، وإرسال التقارير المفصلة عـن جميع حوادث العنف التي تقع داخل المستشفيات (العنف الجسدي، والعنـف النفسي)، وتشجيع العاملين على طلب مساعدة الشرطة، وإجـراء التـدريب المناسب على التعامل مع العنف بالتعاون مع الشرطة (عقد دورات للعاملين في القطاع الصحي بإشراف الشرطة حول كيفية التعامل مع العنف).

3 - الاحتفاظ بسجلات عن حوادث العنف للمساعدة في تحديد مـا يلـزم مـن إجراءات لمنع تكرار ذلك. ويتأتى ذلك من خـلال الإبـلاغ عـن جميـع الاعتداءات، أو التهديدات التي يتعرض لها العاملين في القطاع الصحي.

4 - الاستجابة الفورية من قبل الإدارة لجميع الشكاوى من قبل العاملين، وتقديم الدعم الإداري لهم في حالات الحوادث، من خلال تشكيل فريق للاستجابة للحالات الطارئة.

5 - توفير ما يكفي من الموظفين المدربين تدريباً ملائماً على نحو يـتلاءم مـع عدد المرضى و الزوار (المرافقين)، وخاصة في أوقات الذروة.

6 - اعتماد تدابير لتقليص فترات الانتظار التي يقضيها المرضى والمـرافقين، من خلال زيادة عدد الكوادر الطبية لتتناسب مع إعداد المرضـى، وكـذلك تهيئة غرف الانتظار بوسائل الراحة المناسبة (مقاعد جيدة وكافية، وتلفـاز، ومياه).

7- الإشراف على حركة الزوار، والمرضى في جميع أنحاء المستشفى، ومنـع الوصول إلى مرافق أخرى غير غرف الانتظار، وبخاصة الأشخاص أرباب السوابق الإجرامية، وكذلك منع دخول المرافقين مع المرضى إلى صـالات العلاج، مع إيجاد قائمة بأسماء الأشخاص المعتادين العنف ومنـع دخـولهم للمستشفى.

8- ثني العاملين عن ارتداء سلاسل، أو قلائد تؤدي إلى حالات الاختناق لـدى حدوث العنف. وكذلك ثني العاملين عن حمل المفاتيح، والأقلام وغيرها من المواد التي يمكن استخدامها كأسلحة.

9- تزويد المستشفيات بالحراسة الأمنية الكافية، بحيث تكـون موزعـة بـشكل يتناسب مع حجم وأوقات العمل، والاهتمام بأن الأطباء والعـاملين ليـسوا وحدهم في حين يؤدون الفحوصات الجسدية للمرضى.

10- عقد المؤتمرات والندوات من قبل العاملين، والمشرفين لمناقشة سبل التعامل مع العنف المحتمل والإجراءات التي اتخـذت مـع الحـالات الـسابقـة،

بحيث تكون هذه المؤتمرات والندوات بشكل دوري وممنهج وحسب مقتضيات الحال (USA, Labor, 1998)

وفي دراسة أجراها (Keely, 2002) حول العنف في المستشفيات والوقاية منه خلصت الدراسة إلى سلسلة من العناصر تشكل رافداً للوقاية من العنف وهذه العناصر هي:

1. ضرورة التزود بالتعليم والتدريب والتثقيف للعاملين في المستشفيات، حيث يمكن لكل موظف في المستشفيات أن يحدد الإشارات التي تؤدي إلى العنف في أماكن العمل وكيفية التعامل معها والإبلاغ عنها في حينه. ويأتي ذلك من خلال رسم سياسات واضحة لدى إدارات المستشفيات، ووضع إجراءات يجب على العاملين أتباعها، وأضافت بأنه يستحسن أن يناقش موضوع العنف في المستشفيات في مدارس وكليات التمريض؛ ليكون الممرضين والممرضات على اطلاع بالمشكلة فيحسنوا التعامل معها من خلال التدريب والتوجيه.
2. تحديد وتقيد دخول الأفراد إلى مناطق معينة ويتم ذلك من خلال تحديد الأشخاص المخولين بالدخول ببطاقات خاصة، أو استخدام بطاقات الدخول الالكترونية ويترتب على هذه الإجراءات زيادة الأمن والنظام.
3. الاحتفاظ بالمعلومات الشخصية للموظف والمريض وعدم إفشائها بأي صورة كانت، فمثلا أرقام هواتف العاملين إذا تم نشرها يمكن أن تكون وسيلة تهديد لهم، وكذلك نشر المعلومات والأسرار الشخصية للمرضى يؤدي إلى العنف.
4. تطوير برنامج لمراقبة تناول الموظفين للمخدرات، والكحول. ويقوم هذا البرنامج على فحص الموظفين الذين يتم تعينهم حديثاً، والموظفين القداما إذا اختل أدائهم الوظيفي. وهذا الأجراء يجب أن يتماشى مع القوانين، والتشريعات المرعية فبعض الولايات في أمريكا لا تسمح قوانينها بإجراء مثل هذه الفحوصات.

5. تطوير برنامج تعاوني مع المجتمع، فوحدات العناية الحثيثة وأقسام الإسعاف والطوارئ تشكل بيئات يكثر فيها العنف، ويقوم هذا البرنامج على التعـاون بين إدارات المستشفى وأناس آخرين من المجتمـع، بحيـث يقـوم هـؤلاء الأشخاص بالسيطرة على أعمال العنف ويقـوم الكـادر الطبـي بالرعايـة للمرضى، وهؤلاء الأشخاص المتعاونين يتطلب أن يكونوا من كافة أطيـاف المجتمع ويطلق على هؤلاء الأشخاص ضباط الارتباط بين المجتمع المحلي وإدارة المستشفى.

6. التعاون بين إدارات المستشفى والإدارات الأمنية يؤدي إلـى زيـادة الأمـن والحراسة للكوادر الطبية، ومن الأمثلة على الإدارات المستخدمة في الأمـن والحراسة استخدام الكاميرات، ضبط الدخول من خلال قارئـات البطاقـات، استخدام زجاج مقاوم للرصاص، أجهزة الكشف عن المعادن وهذه الأجهـزة (كشف المعادن) تودي إلى مصادرة الكثير من الأسلحة النارية.

وأجرت (NIOSH, 2002) دراسة بعنوان أنمـاط العنـف الـوظيفي فـي المستشفيات وتوصلت الدراسة إلى العديد من الخطوات التي تؤدي إلى أمن وسلامة العاملين في المستشفى وهي:

1. مراقبة الإشارات التي تترافق مع العنف الوشيك وهذه الإشارات هي:
   أ- التعبير الذي يؤدي إلى الغضب والإحباط والهياج.
   ب- مراقبة لغة الجسد مثل الإيحاءات والتهديد.
   ج- مراقبة علامات تعاطي المخدرات والكحول.
   د- مراقبة حمل وحيازة الأسلحة النارية وغيرها من الأدوات التي يمكن أن تستخدم كأدوات للعنف.

2. معرفة السلوكيات التي تساعد في مكافحة العنف والتقليل منه وذلك من خلال:
   أ- إيجاد موقف هادئ ومهتم بالحالة المرضية.
   ب- عدم الرد على التهديدات بالتهديدات المماثلة.
   ج- عدم أعطاء الأوامر في ذلك الوقت.

د- المعرفة بمشاعر الشخص وإعلامه بذلك(مثلاً أعـرف بأنـك محـبط ولكن... الخ).
هـ- تفادي أي سلوك قد يتم تفسيره على أنه عدائي (مثل التحرك بـسرعة، والاقتراب كثيراً، واللمس، والحديث بصوت مرتفع).
و- القيام بتقييم كل حالة للعنف عندما تـدخل الطـوارئ أو عنـدما تبـدأ بالتواصل مع المريض، أو المرافقين.
ز- الحذر والحرص خلال المواجهة.
ح- عدم الانعزال مع الأشخاص العنيفين.
ط- لا تدع الشخص العنيف يقف بينك وبين الباب، أوجد مكانـاً للخـروج دائماً.

3. فإذا حدث العنف ولم تستطيع منعه فاتبع الوسائل التالية:
أ- انسحب من الموقف أو الحالة.
ب- استدعي الحرس والأمن للمساعدة.
ج- الإبلاغ عن حوادث العنف للإدارات المختصة.

2-1-11 موقف التشريعات الجزائية الأردنية من العنف في مكان العمل

اهتمت التشريعات الجزائية الأردنية بالوقاية من العنف بكافة أنماطه،فوضعت العقوبات القانونية الرادعة لجرائم العنف بشكل عام، ولم يقتصر اهتمامهـا علـى الوقاية من العنف بشكل عام بل ركزت وشددت العقوبة على جرائم العنف التي تقع على الموظفين في أماكن عملهم(أثناء تأديتهم للعمل) أو بسبب ما أجـروه بحكـم وظيفتهم.

وفيما يلي عرض لأهم النصوص القانونية التي شددت العقوبات على الجـرائم التي ترتكب ضد الموظفين:

2-1-11-1 الضرب والجرح والتهديد

تنص المادة (187) من قانون العقوبات الأردني على ما يلي:

(1- من ضرب موظفاً أو اعتدى عليه بفعل مؤثر أخر أو عامله بالعنف والشدة أو هدده أو أشهر السلاح عليه أثنا ممارسته وظيفته أو من أجل ما أجراه بحكم الوظيفة، يعاقب من ستة شهور إلى سنتين 2- وإذا وقع الفعل على قاض، كانت العقوبة من سنة إلى ثلاث سنوات.3- تشدد العقوبة المفروضة في الفقرتين السابقين بأن يضم عليهما: من الثلث إلى النصف إذا اقترفت أعمال العنف عمداً أو اقترفها أكثر من واحد أو نجم عنها جرح أو مرض.4- إذا كانت أعمال العنف أو الجرح أو المرض تستوجب لخطورتها عقوبة أشد من العقوبات المنصوص عنها بالفقرات السابقة ضم إلى العقوبة التي يستحقها الفاعل بمقتضى أحكام هذا القانون من الثلث إلى النصف).

يتضح من المادة السابقة بأن المشرع جعل عقوبة الضرب والتهديد بشهر السلاح على الموظف أثناء ممارسته وظيفته أو من أجل ما أجراه بحكم الوظيفة هي العقوبة بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين، في حين نصت المادة (349) من القانون ذاته على أنه" من هدد أخر بشهر السلاح عليه، عوقب بالحبس مدة لا تتجاوز الستة أشهر".

وبمقارنة المادتين (349،187) يتضح جلياً تشدد المشرع الجزائي الأردني في تغليظ العقوبة على من يرتكب جريمة العنف تجاه الموظف أثناء ممارسته لوظيفته أو من أجل ما أجراه بحكم الوظيفة.

2-1-11-2 الذم والقدح والتحقير:

لم يقتصر اهتمام التشريعات الجزائية الأردنية على العنف المتعلق بالضرب والتهديد للموظف، بل تعداه إلى ما يطلق عليه العنف النفسي (اللفظي)، ويتضح ذلك من إيراد النصوص القانونية التي توضح معنى الذم، والقدح، والتحقير، والعقوبات المقررة لها، ومن ثم بيان النصوص القانونية التي تغلظ العقوبة إذا ارتكبت الجريمة

تجاه الموظف إثناء ممارسته لعمله، أو من أجل ما أجراه بحكم الوظيفة، وفيما يلـي توضيح لذلك:

تتضمن المادة (188) من قانون العقوبات الأردني ما يلي:

(1. الذم هو إسناد مادة معينة إلى شخص – ولو في معرض الشك والاسـتفهام – من شأنها أن تنال شرفه وكرامته أو تعرضه إلى بغض الناس واحتقـارهم سـواء أكانت تلك المادة جريمة تستلزم العقاب أم لا.

2. القدح: هو الاعتداء على كرامة الغير أو شرفه أو اعتباره – ولو في معـرض الشك والاستفهام – من دون بيان مادة معينة).

كما نصت المادة (190) من القانون ذاته على أن التحقير هو: كل تحقير أو سباب – غير الذم والقدح – يوجه الى المعتدى عليه وجها لوجه بالكلام أو الحركات او بكتابة أو رسم لم يجعلا علنيين أو بمخابرة برقيه أو هاتفيه أو بمعاملة غليظة)

وهذه الجرائم الثلاثة (الذم، والقدح، والتحقير) أورد لها المـشرع عقوبـات على النحو التالي: نصت عليها المادة (359) من قانون العقوبات الأردنـي علـى عقوبة القدح والتحقير، وهي: الحبس من أسبوع إلى ثلاثة أشهر، أو بالغرامة مـن خمسة دنانير إلى خمسة وعشرين دينار في جرائم القدح والتحقير. أما جرائم الـذم فرتب عليها عقوبة تتراوح من شهرين إلى سنة تضمنتها المادة (358) من القانون ذاته.

وكما هو في الضرب والتهديد تشدد المشرع في إيقاع العقوبة في جرائم الذم والقدح والتحقير إذا ارتكبت ضد الموظف أثناء ممارسته لوظيفته أومن أجـل مـا أجراه بحكم الوظيفة.

عقوبة الذم نصت المادة (191) من قانون العقوبات على ما يلي "يعاقب على الذم بالحبس من ثلاثة أشهر إلى سنتين إذا كانت موجها إلى مجلس الأمـة أو احـد أعضائه أثناء عمله أو بسبب ما أجراه بحكم عمله أو أحـد الهيئـات الرسـمية أو المحاكم أو الإدارات العامة أو الجيش أو إلى أي موظف أثناء قيامـه بوظيفتـه أو بسبب ما أجراه بحكمها).

عقوبة القدح: تضمنتها المادة (193) من قانون العقوبات الأردني وهي: الحبس من شهر إلى ستة أشهر، أو الغرامة من عشرة دنانير إلى خمسين ديناراً.

عقوبة التحقير: نصت عليها المادة (196) من قانون العقوبات عليها، وهي الحبس من أسبوعين إلى ستة أشهر، أو الغرامة من خمسة دنانير إلى ثلاثين ديناراً، أو بكلتا هاتين العقوبتين.

يتضح مما سبق بأن عقوبة الذم هي الحبس من شهرين إلى سنة، وتشدد إذا كانت الجريمة ضد الموظف إلى الحبس من ثلاثة أشهر إلى سنتين، وان عقوبة القدح هي من أسبوع إلى ثلاثة أشهر، أو الغرامة من خمسة دنانير إلى خمسة وعشرين ديناراً، وتشدد إذا ارتكب الجريمة بحق الموظف أو بحكم ما أجراه بحكم وظيفته إلى الحبس من شهر إلى ستة أشهر، أو الغرامة من عشرة دنانير إلى خمسين ديناراً.

أما عقوبة التحقير فهي الحبس من أسبوع إلى ثلاثة أشهر، أو الغرامة من خمسة دنانير إلى خمس وعشرين دينار وتشدد إذا كانت الجريمة بحق الموظف إلى الحبس من أسبوعين إلى ستة أشهر، أو الغرامة من خمسة دنانير إلى ثلاثين ديناراً،أو بكلتا العقوبتين.

3-11-1-2 القتل

القتل: نصت المادة (326) من قانون العقوبات على ما يلي "من قتل أنساناً قصدا عوقب بالأشغال الشاقة خمس عشرة سنة".

يتضح من المادة السابقة بأن عقوبة جريمة القتل هي(15) سنة إذا لم يقترن بها أي سبب من أسباب التبرير، أو أي ظرف من الظروف المشددة لجريمة القتل، (نمور، 1990). ومن الظروف المشددة لجريمة القتل هي ما نصت عليه المادة (2/327) من قانون العقوبات الأردني وهي: أن يقع القتل على موظف أثناء ممارسته لوظيفته، أو من ما أجراه بحكم الوظيفة.

ونظراً لتوفر هذا الظرف المشدد فقد غلظ المشرع العقوبة وأصبحت الأشغال الشاقة المؤبدة. فالعقوبة في الحالة الأولى كانت الأشغال الشاقة المؤقتة لمدة حدها

الأعلى خمس عشرة سنة.أما العقوبة في الحالة الثانية فتم تشديدها إلـى الأشـغال الشاقة المؤبدة، وهي تعني مدى الحياة، وقد أجاز المشرع الأردني لوزير الداخليـة الإفراج عن الشخص بعد مضي عشرين سنة، أي أنها صلاحية تقديريـة لـوزير الداخلية بالإفراج عنه وإلا بقي في مراكز الإصلاح والتأهيل.

فالفرق واضح بين العقوبة في حالتها الأولى والثانية وهذا دليل صريح على اهتمام المشرع بالموظف العام، والوظيفة التي يؤديها خدمة للوطن والمواطن.

فالاعتداء على الموظف أثناء ممارسته لوظيفته يستهدف الدولة التي يعمـل لحسابها والاعتداء على الوظيفة يؤدي إلى اضـطراب الجهـاز الإداري، وإحجـام الموظفين عن القيام بأعمالهم الوظيفية على الوجه الأكمل، فالاعتداء والقتل، والـذم والتحقير، الموجه للموظفين يشيع لديهم جواً من الخوف والرعب، ومن هناء جاءت هذه الظروف المشددة على العقوبات لتوفير الطمأنينة لهم. (نمور،1999).

2-1-12 النظريات المفسرة للعنف

تعددت النظريات المفسرة للعنف بتعدد الزوايا التي ينظر منها كـل باحـث، فمنهم من اعتبر العوامل المؤدية إلى الإجرام كامنة في الشخص المجرم نفسه، إمـا بيولوجيا أو سيكولوجيا(نفسيا)، ومنهم من افترض بان العوامل المؤديـة للإجـرام كامنة خارج الشخص المجرم. ومنها من مزج بين العوامل الداخليـة والخارجيـة. ومن أهم هذه النظريات التي تفسر العنف ما يلي:

2-1-12-1 نظرية التحليل النفسي (السيكولوجية)

من أشهر رواد هذه المدرسة العالم سيجموند فرويد وتتلخص نظريتـه فيمـا يلي: الشخصية تتكون من ثلاثة أجزاء، وهي: الهو والأنا، والأنا الأعلى.

فالجزء الأول: الهو فهو مسؤول عن النزعات والرغبات الغريزية والدوافع ويسعي وراء اللذة، ولا يميز بين الواقع والخيال، وهناك من يسميه الجزء المتخلـف مـن الشخصية.

الجزء الثاني: الأنا، وتأتي من الهو، وتمثل مبدأ الواقع أو الوسيط أو الحكـم وهـذا الجزء يميز بين الواقع والخيال، ويعمل على كبح جماح الهو. وهو مسؤول كـذلك عن تأخير الرغبات لدى الأطفال، حتى لا يرتكبوا السلوك المنحرف.

الجزء الثالث: الأنا الأعلى، ويتطور هذا الجزء من الجزء الثاني (الأنا)، وهو يقوم بإخضاع البدائل التي يقدمها (الأنا) للمعايير وهي مجموعة القيم والمعايير التي ينشا عليها الصغار، وهي مسؤولة عن قـضايا النـدم، والخجـل، والـشعور بالـذنب. (الوريكات، 2004). ويفسر رواد هذه المدرسة الـسلوك الإجرامـي مـن خـلال الافتراض الآتي:

لدى الإنسان كبت ناشئ من العقد والرغبات الكامنة في النفس، وقد تجد هذه الرغبات والعقد فرصة ضعف الأنا الأعلى، أو الأنا، فتظهر بشكل سلوك مضطرب نتيجة لاختلال توازن القوى العقلية للإنسان، وسيطرة اللاشعور على جميـع حيـاة الإنسان. ويضيف رواد هذه المدرسة بان السلوك البشري، أي كان نوعه إنما هـو تعبير عن رغبة، أو مطلب، أو هدف يسعى إليه الإنسان.

يترتب على ذلك أن وسيلة فهم السلوك الإنساني هي كشف العقـد النفـسية الكامنة في أعماق اللاشعور، وإظهارها إلى عالم الشعور من خلال التحليل النفـسي الذي ابتكره سيجموند فرويد. (عريم، 1976)

ومع أن المدرسة النفسية ترفض فكرة وراثة الجريمـة، إلا أنهـا ركـزت الاهتمام على العوامل النفسية، والعقلية في تفسيرها للجريمـة، وأهملـت العوامـل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، ودورها في تفسير الجريمة. ومن النظريات النفسية التي فسرت السلوك الإجرامي والعنف ما يلي:

2-1-12-2 نظرية الإحباط

يرى أنصار هذه النظرية والذي يعد (دولار دو) من أشـهر روادهـا بـان الإجرام والعنف، ما هما إلا رد فعل على الإحباط الذي يتعرض له الفرد، بمعنى أن البيئة المحيطة بالفرد لا تساعده على تحقيق ذاته والنجاح في تحقيق أهدافه؛ فتدفعـه إلى العنف، وأن كل حادثة عنف يسبقها موقفا إحباطيا، ويحدث السلوك العدواني بعد

إحساس الفرد بعدم قدرته على أن ينال ما يريده، وهنـاك نوعـان مـن الـضغوط الاجتماعية التي تجبر الأفراد على ممارسة العنف والإجرام وهما:

1- ضغط اجتماعي من موقع السلطة (تنفيذ أوامر سلطوية)

2- ضغط اجتماعي من خارج السلطة، يصدر من الأقران والمعارف ومن الناس العاديين، وترى هذه النظرية أنه عندما يكون الناس أحراراً في اختيار مـسار حياتهم والتعبير عن انفعالاتهم، فإنهم لا يختارون الإجرام والعنف. (الخولي، 2006)

وتفترض هذه النظرية بأن السلوك العدواني لا بد أن يسبقه حاله من الإحباط، وأن حدة الدوافع العدوانية تتباين بشكل مباشر مع درجة الإحبـاط، وهنـاك ثلاثـة عوامل حاسمة وهي:

1- القيمة التدعيمية: أي أهمية الهدف الذي تم إحباطه.

2- درجة التدخل بالاستجابة المحبطة.

3- عدد الاستجابات المحبطة والمتتالية: أي التي حدثت من قبـل، فكلمـا زادت أهمية الهدف الذي أحبط، زادت درجة إعاقـة الاسـتجابة، وكلمـا زاد عـدد الاستجابات المعاقة، زادت درجة الإغواء للسلوك العدواني. (العواودة،2007)

2-1-12-3 نظرية التطهير أو التنفيس

يعد فيشباك من أشهر رواد هذه النظرية، وترى هذه النظرية بأن النـاس فـي حياتهم اليومية العادية يواجهون كثيراً من الإحباطات، التي غالباً ما تقـودهم إلـى التورط في أعمال عدوانية، والتطهير أو التنفيس هو الراحة، أو التخلص من هـذه الإحباطات من خلال المشاركة البدنية السلبية في العدوان والعنف.

والعدوان هو نتيجة للإحباط، والتعبير عنه يؤدي إلى تقليـل كميـة الـشعور العدواني فيضرب مثلا بأن الطلاب الذين خاب أملهم، كانوا أقل عنفا بعدما شاهدوا فلما عدوانيا، وبالتالي فإن مشاهدة الأفلام العدوانية لها تأثير تنفيسي علـى هـؤلاء الطلاب أثناء المشاهدة.(الخولي، 2006).

2-1-12-4 نظرية الضغط والمشقة

تقوم هذه النظرية على افتراض أن الضغوط الحياتية تعمل بمثابـة مثيـرات خارجية تؤثر في بعض العمليات النفسية التي قد تـدفع الـشخص إلـى الـسلوك العدواني، وفي ضوء هذه الفرضية العامة تتجه هذه النظرية إلى التأكيد على نوعين من الضغوط أو مثيرات المشقة. (زايد، 2002)

النوع الأول: يرتبط بأحداث الحياة غير السارة، وضغوط العمل والأدوار المختلفـة كمثيرات للمشقة التي قد تدفع إلى السلوك العنيف أو السلوك العدواني.

فعندما يتعرض الفرد لحدث غير سار، فإنه يتجه إما إلى المقاومة، وإما إلى الهرب. وتبدأ المؤثرات السلبية التي تنحصر في ردود فعل الفرد تجاه الموقف غير السار، فالمشاعر غير السارة تصاحبها ردود فعل إليه ومشاعر وأفكار وذكريـات، وقد ترتبط ردود الفعل هذه بالميل نحو الهرب عن الموقف، والميل نحـو تجنـب الموقف السلبي، ويستجيب الفرد لأي من الاستجابتين في ضوء متغيـرات تتـصل بالاستعداد الوراثي أو المميزات المتعلقة بالماضي وطبيعة إدراك الشخص للموقف، وما يتضمنه من خطر، وهذا النوع من الضغوط، هو ما يتعـرض لـه المـريض والمرافقين عندما يتلقون أخبارا غير سارة عن نتائج الفحوصات المخبرية لمرضاهم أو حالتهم الصحية مما ينتج عنه ردة فعل عنيفة تجاه الأشـخاص القـائمين علـى الخدمة الصحية ويحدث العنف. (العواودة، 2007)

النوع الثاني: يرتبط هذا النوع من الضغوط بالبيئة مثل: الـضوضاء، والازدحـام السكاني، والتلوث، والطقس، وهذه المؤثرات البيئية لا تؤثر على زيـادة العـدوان والعنف بحد ذاتها، ولكنها تحدث أثارا نفسية أو سلوكية قد تدفع إلى العدوان.

وترى العواودة بان هذا النوع من الضغوط ينطبق على المجتمع الأردنـي، الذي تعرض لتغيرات اجتماعية واقتصادية وديمغرافية وسياسـية، حيـث يـسود الاعتداء على ممتلكات الفرد والمساس بحقوقه، تلك الحقوق التي تكاد تنعدم في بيئة يسودها الازدحام السكاني الذي حدث بصورة مفاجئة، ويـضاف إلـى الازدحـام السكاني ارتفاع المعيشة، وندرة الوظائف، وتدني الرواتب، كل ذلـك يـساهم فـي تشكيل مشاعر الإحباط وعدم الراحة، وبالتالي يتم تفريغ هذه المشاعر على شـكل

سلوك عدواني يمارس ضد أي فرد في أي مكان، ولدى تأديته لأي دور اجتماعي. وينطبق ذلك على العاملين في مؤسسات العمل المختلفة وعلى طالبي الخدمة؛ لأنهم ينحدرون من ثقافة واحدة.(العواودة، 2007).

2-1-12-5 النظرية الحلزونية

من رواد هذه النظرية ووكر (Walker)، وتقوم هذه النظرية على افتراض أن العنف لا يحدث فجأة، بل يحدث كدالة لنمط من التفاعلات الحلزونيـة متعـددة المراحل، فهناك مرحلة تصاعد التوتر، ثم يليها مرحلة تفجر العنـف الحـاد، ثـم الشعور بالتخفيف من التوتر، ثم الاعتذار لتبدأ من جديد المرحلة الأولى. (الخـولي، 2006).

2-1-12-6 نظرية التقليد والمحاكاة

تنطلق هذه النظرية من أساس مفاده: إن الإنسان حينما يسلك أي مسلك إنما هو مقلد لمثل احتذى به في سلوكه، أي يسعى الإنسان لتقليد غيره ممـن يتفاعـل معهم، والجريمة سلوك اجتماعي مثلها مثل غيرها من السلوكيات الأخرى (عادات وتقاليد، قيم، لغات) والفرق فيما بينهم يكمن في درجة القبول الاجتماعي، ومقـدار الضرر الذي تلحقه كل منهما بالمجتمع، فإذا انخفض الضرر زاد القبول والعكس صحيح.

ويرى رائد هذه النظرية جابريل تارد Trade بأن الجريمـة ظـاهرة لا اجتماعية (مرضية) ضارة بالمجتمع والفرد لا يقدم على ارتكابها إلا مقلدا لغيـره، ويقوم التقليد كما يرى تارد على ثلاثة قوانين:

1- إنه يتم من أعلى إلى أسفل،أي أن الأفراد المنتمين إلى الطبقات الدنيا يقلـدون الطبقات العليا، والصغار يقلدون الكبار.
2- تتأثر قوة التقليد بقوة الصلة التي تربط المقلد بالمقلَد، فالعلاقة طردية بينهمـا، فالتقليد يزيد في المجتمعات الريفية ذات العلاقات الأولية، أو الوجيهة، ويقـل في المجتمعات المدنية.

3- أن أنماط السلوك تتداخل وتتطور، وكذلك الحال في الجريمة فالمتبدل فيها هو أسلوبها وليس الجريمة بحد ذاتها. فالقتل كان يرتكب بالسيف، والسكين، والسم، ومع تطور المجتمعات أصبح يرتكب بالأسلحة النارية وغيرها.(عريم، 1976).

وباستعراض فروض هذه النظرية، فإنها تتفق إلى حد بعيد مع هذه الدراسة، فإن كثير من التصرفات يحكمها التقليد سواء العنف الواقع على الكوادر الطبية من قبل المرضى أو المرافقين، أو التصرفات التي يعتبرها المريض أو المرافقين استفزازية من الكوادر الطبية، فالممرض يقلّد الطبيب بما يفعله والمرافق والمريض يقلد كل منهما الأخر، وكذلك يقلدون غيرهم من أبناء القرية أو المدينة بما قاموا به من عنف ولم ينالوا عليه الجزاء الرادع.

2-1-12-7 نظرية العدوان الانفعالي

هي من النظريات المعرفية وترى أن العدوان يمكن أن يكون ممتعاً حيث أن هناك بعض الأشخاص يجدون استمتاعاً في إيذاء الآخرين، بالإضافة إلى منافع أخرى، فهم يستطيعون إثبات رجولتهم ويوضحون أنهم أقوياء وذو أهمية وأنهم يكتسبون المكانة الاجتماعية، ولذلك فهم يرون أن العدوان يكون مجزيا ومرضيا، ومع استمرار مكافآتهم على عدوانهم يجدون في العدوان متعة لهم، فهم يؤذون الآخرين حتى إذا لم تتم إثارتهم انفعالياً فإذا أصابهم ضجر، وكانوا غير سعداء، فمن الممكن أن يخرجوا في مرح عدواني. فإن هذا الصنف يعززه عدد من الدوافع والأسباب، وإحدى هذه الدوافع أن هؤلاء العدوانيون يريدون أن يبينوا للعالم وربما لأنفسهم أنهم أقوياء. ولا بد أن يحظوا بالأهمية والانتباه، فقد أكدت الدراسات التي أجريت على العصابات العنيفة من الجانحين المراهقين، بأن هؤلاء يمكن أن يهاجموا الآخرين غالباً، لا لأي سبب بل من أجل المتعة التي يحصلون عليها من إنزال الألم بالآخرين، بالإضافة إلى تحقيق الإحساس بالقوة والضبط والسيطرة.

وطبقاً لهذا النموذج في تفسير العدوان الانفعالي، فمعظم أعمال العدوان الانفعالي تظهر دون تفكير، فالتركيز في هذه النظرية على العدوان غير المتسم

نسبياً بالتفكير، ويعني هذا خط الأساس التي ترتكز عليها هذه النظرية، ومن المؤكد أن الأفكار لها تأثير كبير على السلوك الانفعالي، فالأشخاص المثارين يتأثرون بمـا يعتبرونه سبب إثارتهم وأيضاً بكيفية تفسيرهم لحالتهم الانفعالية. (الدليل الإرشـادي لطلبة المدارس، 2006).

2-1-12-8 نظرية التعلم الاجتماعي

ترفض هذه النظرية أن العنف هو نتيجة الإحباط، وترى بأن العنف لا يختلف عن أي استجابة تتعلمها، فالعنف يمكن تعلمه من خلال الملاحظة والتقليد.

كما تؤكد هذه النظرية على التفاعل بين الفـرد والبيئـة، وتحـاول تحديـد الظروف والمواقف التي يتم في ضوئها الخروج عن النظام الاجتماعي. والتقليد هو وسيلة تفسير أنماط السلوك الإجرامي لدى هذه النظرية.

ووجد (البرت باندورا) لدى دراسته للعنف على عينة من الأطفال، أنه غالباً ما يرتبط بالمثير أو المنبه الذي يتعرضون له، فبعض هؤلاء الأطفال لـديهم أبـاء يعاقبونهم عندما يظهرون العنف، وفي الوقت نفسه يرتكب هؤلاء الآباء سـلوكيات عنيفة، ويشجعون أبنائهم على ارتكاب مثلها مع أقرانهم خارج المنزل، وهذا الـنمط من التعليم، جعل الأطفال يظهرون عنفاً بسيطاً داخل المنزل، وعنفـا أشـد أثنـاء تفاعلهم مع زملائهم في المدرسة. (حمدان، 2007).

وحسب هذه النظرية، فإن الفرد يكتسب العنف من خلال التعلم والتقليد مـن البيئة المحيطة به مثل المدرسة، ووسائل الإعلام، وخلال تعلمه هـذه الـسلوكيات، يرى ما يترتب على سلوكيات الآخرين العنيفة من عقاب وثواب.

وحتى يحدث التعلم والتقليد لا بد من وجود مجموعة من المبادئ وهي:

1- وجود قدوة أو نموذج سلوكي ظاهري أو رمزي، ويشترط في هذه القدوة أن يكون قوياً، فالتأثر بالنماذج القوية يكون أكثر من النماذج الفاشلة، وأن يكون هذا النموذج على قدر من الجاذبية، ويتم اكتساب السلوك العنيف من خـلال ثلاث عمليات أساسية وهي: الاكتساب، والأداء، والاحتفاظ.

2- عملية الاكتساب: تؤكد النظرية أن الجانب الأكبر من التعلم القائم على الخبرة المباشرة يكون خاضعا لنتائج العقاب والثواب التي تتبع أفعالا معينة، فمكافأة الفرد مقابل قيامه بفعل معين يزيد احتمالية تكرار هذا الفعل، وكذلك تجاهل عقوبة فرد على فعل ارتكبه يقلل من احتمالية تكرار هذا الفعل، ويطلق على هذه الثنائية (مكافأة أو عقوبة) بالتعزيز.

3- الأداء: يشير إلى الكيفية التي يكون فيها الفرد قادرا على التصرف بعنف إلى الحد الذي يلحق الأذى والضرر بالطرف المقابل.

4- الاحتفاظ: يعبر عن قابلية تكرار العنف عند تعزيزه أو الثواب عليه، أو عدم ظهوره وتكراره مرة أخرى لدى مشاهدة النموذج وهو يعاقب على سلوكه العنيف. (عريم،1976)

وباستعراض النظرية السابقة على هذه الدراسة، نجد أن السلوكيات العنيفة التي ترتكب بحق الكوادر الطبية يتم تعزيزها من خلال طريقتين:

1- أن الشخص المرتكب للعنف لا يلقى اللوم من أهله وذويه، وأقرانه لأنه ارتكب فعلا في نظرهم ساعد على سرعة تقديم الخدمة للمريض، ولو لم يقم بهذا السلوك لما تم تقديم الخدمة بهذه الطريقة.

2- أن غالبية هؤلاء الأشخاص لا يتم تقديمهم إلى المحاكم لنيل العقاب الرادع وغالبا ما يتم إنهاء هذه القضايا من خلال التصالح، وكأنها قضية بين طرفين وليس بين موظف يقدم خدمة عامة ومتلق للخدمة.

فمن خلال هاتين الطريقتين يتم تعزيز السلوك لدى الأفراد للقيام بالمزيد من العنف.

2-1-12-9 نظرية التحييد

يعد غريشام سايكس، وماتزا من أهم رواد هذه النظرية، وترى هذه النظرية بأن عملية التحييد تبدأ عندما يبدأ الفرد- وهو يتصارع من القيم السائدة والقيم المنحرفة- الميل إلى القيم المنحرفة وتفضيلها على القيم السائدة في المجتمع، ويقوم

عندها الفرد بتطوير تبريرات وتطورات عقلية تدعم هذا التحول ويطلق عليها آليات التحول وهي:(Clisar , 2006).

أ- إنكار ورفض المسؤولية.

ب- إنكار الإصابة أي أن الجريمة لا تتسبب الأذى للضحية.

ج- توجيه الاتهام للسلطة القضائية والادعاء، أي ذم من يذمهم.

د- المولاة لقوة أعلى من قوة القانون في نظرهم وهي الصداقة.

وعلية فالثقافة الفرعية تقوم على التعارض بين المعـايير العامـة، والمعـايير الخاصة. وتكمن فائدة هذه النظرية في تفسير العنف في أنها تلقي الضوء على الدور الذي يلعبه تكرار السلوك العنيف في تدعيم القيم الخاصة والميول التبريريـة التـي يترتب عليها المزيد من السلوك الإجرامي. (زايد، 2003).

يتبين مما سبق بأن النظريات المفسرة للعنف تتلخص كما يلي:

إن السلوك الإجرامي (العنف) سلوك متعلم، يتم تعلمه مـن البيئـة المحيطـة بالفرد، وما هو إلا تقليداً لسلوك شخص مؤثر يقتدى به، ويعتبر العنف تعبيرا عـن الإحباطات التي يتعرض لها الفرد والتي قد تكون احباطات داخليـة أو احباطـات خارجية،عندما لا يستطيع الفرد تحقيق أهدافه أو الحصول على ما يريـد، وأنـه لا يحصل فجأة بل يمر في مراحل متعددة تبدأ من العنف اللفظـي، وتنتهـي بـالعنف الجسدي، الذي قد يفضي إلى الموت، وأخيرا فإن السلوك الإجرامي قد يكون ممتعـا لبعض الأفراد؛ حيث يشعرون باللذة والاستمتاع لدى إيذاء الآخرين، كما يحقق لهـم العنف العديد من الفوائد، ومنها إثبات الرجولة والمكانـة الاجتماعيـة، أو الأربـاح المادية.

وبتطبيق هذه النظريات على موضوع الدراسة يتبين ما يلي:

إن الاعتداء على الكوادر الطبية لم يكن موجودا في الماضي، وأن هذه المشكلة تم تعلمها شيئاً فشيأً إما من المجتمعات الغربية مباشرة، أو من خلال وسائل الاتصال الحديثة، ثم أصبح التعلم من الحالات التي تحدث وهكذا، وإن الاعتداء على الكوادر

الطبية ما هو إلا تعبير عن الإحباط الذي يتعرض له المريض ومرافقيه لدى مراجعتهم أقسام الإسعاف والطوارئ، حيث يتم إبلاغهم أحياناً بأخبار غير سارة مثل حالات الوفاة، أو الإصابات البليغة كما يضاف إلى ذلك الإحباطات التي ترافق عملية الانتظار على الدور من جراء الاكتظاظ والازدحام، ونتيجة لذلك يبدأ مسلسل العنف من مرحلته الأولى، وهي العنف اللفظي إلى أن ينتهي بالعنف البدني(الجسدي) أي يبدأ من السب والشتم والألفاظ البذيئة إلى الاعتداء البدني.

وإن هذا السلوك (العنف ضد الكوادر الطبية) قد يكون ممتعا لبعض الأفراد لتحقيق غايات في أنفسهم ومنها: إثبات الرجولة، والمكانة الاجتماعية، وأخيرا حفز الكوادر الطبية على الاهتمام بالمريض بشكل أسرع وأفضل.

2-1-13 تطور قطاع الصحة في الأردن

تعرضت منطقة شرق الأردن إلى موجة عاتية من الأمراض في أواخر القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين، ففي عام 1886م انتشر داء الملاريا في منطقة عجلون وداء الكلب الذي ظهر في بلدة الحصن التابعة للواء عجلون، وفي عام 1902 ظهر وباء الكوليرا والهواء الأصفر، في اللواء نفسه، وقد انتقل عن طريق المسافرين القادمين من دمشق عن طريق الخط الحديدي الحجازي الذي كان المرض قد انتشر بها آنذاك، وفي عام 1903م ظهر المرض نفسه في لواء الكرك، وفي عام 1911 ظهر مرض الحميرة في قضاء السلط وراح ضحيته ستة وسبعون طفلاً، وشهدت الفترة من 1912م- 1914م انتشار لمرض الجدري والتيفوس في مختلف مناطق شرق الأردن، (طلفاح، 2008).

ويمكن اعتبار سنة 1883 بداية الطب الحديث، وذلك عندما قام الزوجين ليثابي بافتتاح عيادة طبية لمعالجة الأهالي، ولم يكن ليثابي تابعاً لجمعية المراسلين الكنسية ولكن بسبب العقوبات التي واجهته مع الحاكم الإداري العثماني تخلى عن هذه المحطة (العيادة) الى جمعية المراسلين الكنسية 1894م. وفي سنة 1888م انضم السيد فورد (Ford) الى جمعية المراسلين الكنسية في الكرك، وفي سنة 1896م

عين السيد فار جونسون للإشراف على إرسالية الكرك الطبية (مجلة دليـل صـحة الطفل، 2009).

وفي ذلك الحين اكتفت الدولة العثمانية بإرسال طبيب واحد الى كل قضاء مـن أقضية شرق الأردن حيث يتبع الطبيب للبادية - ابتداء من أواخر عهـد العثمـانيين عندما تم البدء بتأسيس الباديات في شرق الأردن- وكانت الحكومة العثمانية تعتمـد الخدمات الطبية التي يقدمها المستوصف الانجليزي،(طلفاح، 2008).

وجد في شرق الأردن في نهايات العهد العثماني مجموعة من الخدمات الـصحية مثل:

1. مستشفى الكرك العسكري الذي بني عام 1896م وكان يحتوي علـى أربعـين سريراً، وكان مخصصاً لمعالجة أفراد الجيش في الكرك. (الطراونة، 1990).
2. مستشفى العسكر العاملين في سكة الحديد الحجازية عام 1899.
3. المستشفى الوطني العجلوني الذي أسس عام 1919وهو مستشفى خاص.
4. العيادة الطبية في معان وأنشئت عام 1898 من قبل أدارة قـضاء معـان وقـد انيطت بالدكتور شوكت افندي.
5. عيادة الدكتور Cammur Sanial وهي عيادة خاصة افتحها الدكتور في اربـد عام 1920م (طلفاح، 2008).

وعند قيام الحرب العالمية الأولى عام 1914، قامـت الحكومـة العثمانيـة بالاستيلاء على المستشفيات الاجنبية وحولتها الى مستـشفيات عـسكرية لا تعـالج المدنيين الا عند الضرورة، وقد سيطر العثمانيون على المستشفى الانجليـزي فـي السلط الامر الذي جعل الكادر الطبي يترك المستشفى مما ادى الى توقف الخدمـة الطبية للسكان، وإضافة الى ذلك ففي اعوام الحرب مـن (1914-1918) أغلقـت جميع العيادات الطبية التابعة لجمعية المراسلين الكنسية، الأمـر الـذي ادى الـى حرمان السكان من الخدمات الطبية،(طلفاح، 2008).

يرتبط قيام دائرة الصحة في الأردن ببداية الحكم الوطني أثر هزيمة الأتراك في الحرب العالمية الأولى عام 1918، وكانت الصفة الغالبة على القطاع الـصحي بعد انتهاء أعمال الثورة العربية الكبرى هي الإهمال الصحي نظراً لقلـة الأطبـاء

والرعاية الصحية، حيث إن عدد الأطباء عام 1918 لم يتجاوز أصابع اليـد، ولـم تكن الخدمات الطبية التي تقدم للمرضى تتجاوز في معظم الأحيان مرحلة الإسعاف الأولي أو تزويدهم ببعض العقاقير الطبية، (البشير، 1972).

وفي عام 1919م بدأ ظهور المستشفى الايطالي في مجال الخدمات الطبيـة في المنطقة وسمي هذا المستشفى مستشفى الرابطة الوطنية الايطالية وفيمـا بعـد توسع الايطاليون بتقديم خدماتهم الطبية في شرق، (طلفاح، 2008).

ومع تأسيس إمارة شرق الأردن عام 1921 عين مظهر ارسلان مـشاورا للداخلية والصحة ثم تبعه محمد توفيق، وتأسس أول مستشفى حكومي في تلك الفترة في عمان وهو مستشفى البلدية وتلاه بعد ذلك المستشفى الحكـومي عـام 1921، (عبابنة، 2006). ويذكر أن أول دائرة للصحة في شـرق الأردن تأسـست عـام 1923م، وفي بداية تأسيس الدائرة لم يكن لها سوى مركز الدائرة في عمان إضافة إلى صيدلية صغيرة، ومحال مختبر للتحاليل الكيماوية، وتشرف على مستشفى تابع للبلدية في عمان، كان يديره الدكتور حسن القسوس، (طلفاح، 2008).

وفي عام 1926 ظهرت لأول مرة مديرية الصحة وكان يـديرها الـدكتور رضا توفيق لفترة وجيزة، ثم الدكتور حليم أبو رحمة والذي بقي يزاول عمله حتـى سنة 1939، ثم تلاه الدكتور جميل التوتنجي، (عبابنة، 2006).

وعلى الصعيد القانوني فقد صدر أول قانون للصحة سنة 1923 يبين واقـع الخدمات التي يقدمها المستشفى البلدي في عمان مع التعريـف بواجبـات طبيـب المستشفى والأجور التي يتقاضها من المرضى. ويشار إلى ان أول قـانون شـامل للصحة صدر في 1926/4/8 تحت اسم (قانون الـصحة العامـة لـسنة 1926، (عبابنه، 2006).

وفي عام 1926م بوشر بتسجيل الوقوعات الحيوية في تـاريخ الأردن فـي الأول من كانون الثاني (يناير) 1926 حيث وزعت نماذج إخبارية لحالات الولادة، والوفيات على كل مختار قرية، او شيخ عشيرة.اما تصاريح الدفن فكانت تسلم الى المراكز التي يتواجد فيها أطباء الحكومة والذين بدورهم يرسلون جداول الـولادات

والوفيات شهريا على نماذج خاصة لمدير الصحة لإدخالها بالسجلات المتخصـصة بها (زيادات، 1993)

وفي شهر أيلول من عام 1927 أسس أول مختبر للفحص الطبي الحكـومي، وكان يشرف علية طبيب باكتريولوجي ومساعد له، ومأمور مختبر ويقوم المختبـر بخدمات قيمة في التشخيص السريع لمختلف أنـواع الأمـراض، مثـل: التفؤيـد، والملاريا والزحار، وعدة أمراض أخرى. وقبل تأسيس مختبر الحكومة كانت أكثر الفحوصات الطبية المخبرية لدائرة الصحة تجري بالمختبر المركزي في القـدس (زيادات، 1993).

وفيما يتعلق بأسرة المستشفيات الحكومية عام 1927 فقد بلغت ما مجموعـه 60 سريراً، بينما كان عدد أسرة المستشفيات الخاصة 99 سريراً، (عبابنه، 2006) وبلغ عدد المرضى الذين تمت معالجتهم من قبل دائرة الصحة في شرق الأردن عام 1928 أكثر من 70 الف مريض.(عبابنه، 2006).

وفي عام 1935 تم افتتاح المستشفى الحكومي في اربد وكان موقعة غرب تل اربد في الجهة الغربية من شارع الهاشمي، وكان يتسع لاثني عشر سـريراً و تـم تعيين رضا القسوس مديراً له.(طلفاح، 2008).

مما سبق يتبين انه لم يكن في شرق الأردن طـوال عهـد الإمـارة سـوى مستشفيين حكوميين متاحين للمواطنين بالإضافة الى مستشفى الـسجن المركـزي والمختص بالمساجين فقط، وقبل عام 1935 كان اعتماد سكان المنـاطق الـشمالية اربد، عجلون، جرش، المفرق،على عيادات دائرة الصحة المقتصرة علـى طبيـب واحد. في حين خلا القسم الجنوبي والذي يشتمل على محافظات: معان، والعقبـة، والطفيله، والكرك من أي وجود لمستشفى حكومي طوال عهد الإمـارة. (طلفـاح، 2008).

وفي عام 1941م ونتيجة للانتشار الواسع لأمراض العيـون قامـت دائـرة الصحة بافتتاح مستشفى العيون، وذلك بعد نقل دائرة الصحة الى مبنى جديـد فـي شارع السلط وسط مدينة عمان حيث خصص الطابق العلوي من هذا المبنى ليكون

مستشفى للعيون، وتم تعيين الدكتور مصطفى خليفة طبيبـاً خاصـاً بـه (طلفـاح، 2008).

وفي عام 1946 كان عدد المستشفيات في مدينة عمان 7 مستشفيات، وهي: مستشفى الأمراض السارية، والمستشفى الجراحي، والمستشفى العيني، ومستـشفى السجن المركزي، والمستشفى الايطالي، ومستشفى الدكتور قاسم ملحس، ومستشفى الدكتور بطرس أبو سابا،(عبابنه، 2006)

أما الأمراض السارية والتي كانت منتشرة في الأردن في الفتـرة مـا بـين (1921-1946) فهي: مرض الملاريا، وأمراض العيـون، ومـرض الحـصبة (الحميرة)، ومرض الجدري، ومرض التيفـوس (الحمـى النمـشية)، والأمـراض الزهرية(السفلس)، وحمى التفؤيد، والأنفلونزا، والسل، (طلفاح، 2008).

وتعود أسباب انتشار تلك الأمراض: إلى أن الأردن كان عبارة عـن ممـر لبعض القبائل والعشائر النازحة والمتنقلة عبر الحدود، وكذلك تلوث مصادر ميـاه الشرب المستخدمة، وعدم صلاحيات عيون الماء، وتجوال القبائل البدوية في شـتى المناطق وحمل عدد منهم عدداً من الأمراض المعدية، واختلاطها بالسكان في القرى القريبة من مضاربهم، وكذلك الجهل الصحي وعدم معرفتهم بأبسط مبادئ الطـب، وعزوفهم عن التداوي بالمستشفيات، والعيادات الموجودة، والعمالة الوافدة الذين كان لهم دور في جلب الأمراض من مناطقهم، وقلـة عـدد المستـشفيات، والخـدمات الصحية، والأطباء حيث لم يزد عدد المستشفيات حتى نهاية عام1935 عن ثلاثـة مستشفيات، ولم يزد عدد العيادات عن 12 عيادة، والـسبب الأخيـر هـو سـوء الأوضاع الاقتصادية، وعدم توفر الغذاء الكافي، (طلفاح، 2008).

وفي عام 1947م تأسست أول جمعية للهلال الأحمر الأردنـي وأصـبحت عضواً في الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر عام 1950م.

وفي عام 1948 تقرر أن يكون للرعاية الصحية وزارة مختصة سميت وزارة الصحة وكان تأسيسها عام 1950 وكانت مهامها تتمثل بما يلي:

1- الحفاظ على الصحة العامة بتقديم الخـدمات الـصحية الوقائيـة والعلاجيـة والرقابية.

2- تنظيم الخدمات الصحية المقدمة من القطاع العام، والخاص، والإشراف عليها.
3- توفير التامين الصحي للمواطنين في حدود الإمكانات المتوفرة.
4- وتنفيذا لهذه المهام تأسس أول نظام للتامين الصحي عام 1963 وكان لمنتسبي القوات المسلحة، وتلاه التامين الصحي المدني لموظفي الدولـة عـام 1965، وبعد ذلك توالت التأمينات الصحية بالصدور مثل تامين الـشركات الخاصـة وغيرها.

وتشير إحصائيات وزارة الصحة بان نسبة الأفراد المؤمنين صحيا في الأردن هي (82.26%) من عدد السكان موزعة على النحو التالي:

1- التامين الصحي المدني وبلغت نسبته(36.26%)من عدد السكان.
2- التامين الصحي العسكري وبلغت نسبته(27.15%) من عدد السكان.
3- التامين الصحي القطاع الخاص وبلغت نسبته(9%)من عدد السكان.
4- التامين الصحي وكالة الغوث وبلغت نسبته (8.3%) من عدد السكان.
5- التامين الصحي الجامعي وبلغت نسبته(1.3%)من عدد السكان.

وبالرغم من النسبة المئوية العالية لأعداد المـؤمنين صـحيا إلا أن الحكومـة باشرت بإدخال فئات أخرى في التامين الصحي، وهـذه الفئـات هـي: الأطفـال الصغار(دون سن السادسة)، الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة وعلاجاتها مكلفة مثل أمراض السرطان، وأمراض السكري، وأمراض الكلى.

2-1-13-1 الخدمات الصحية في الأردن.

يتم تقديم الخدمات الصحية للمواطنين في الأردن من خلال ما يطلق علية:

أولا: خدمات الرعاية الصحية الأولية (المراكز الصحية).

ثانيا: خدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثة (المستشفيات).

أولا: خدمات الرعاية الصحية الأولية (المراكز الصحية)

لمواكبة التزايد السكاني الذي شهده الأردن حرصت وزارة الصحة على زيـادة أعداد المراكز الصحية الأولية في المحافظات، وتقدم هذه المراكز الخدمات الصحية الأولية للمواطنين كونها الأقرب إلى مكان سكناهم، وبالتالي تـؤدي الـى تخفيـف

الضغط المتزايد على المستشفيات. ففي عام 1997م بلغت أعداد المراكز الصحية الشاملة42 مركزا، والمراكز الصحية الأولية 326 مركزا، والمراكز الصحية الفرعية 274 مركزا، ومراكز الأمومة والطفولة 316 مركزا، ومركزا وعيادات طب الأسنان 203 عيادة، وخلال العشر سنوات اللاحقة ونتيجة للزيادة المضطردة في أعداد السكان وازدياد أعداد مراجعي المراكز الصحية فقد تم زيادة عدد المراكز الصحية حسب التقرير الإحصائي لوزارة الصحة لعام 2008 كما يلي: المراكز الصحية الشاملة 68 مركزا، أي بزيادة 16 مركزا عن المراكز عام 1997م، والمراكز الصحية الأولية 375 مركزا، أي بزيادة 49 مركزاً عن عام 1997، أما المراكز الصحية الفرعية فبلغت240 مركزا حيث تم دمج العديد من هذه المراكز مع بعضها البعض على شكل مراكز أولية تقدم الخدمات الطبية المتكاملة مثل التصوير الإشعاعي، والمختبر.

مثلما حصلت الزيادة في المراكز الصحية الأولية والشاملة ازدادت مراكز طب الأسنان، ومراكز الأمومة والطفولة. فأصبحت مراكز الأمومة والطفولة عام 2008 (419) مركزا، بزيادة مقدارها 103 مراكز؛ وذلك تنفيذاً للسياسة الوطنية التي تتضمن تنظيم الصحة الإنجابية للمواطنين، وتقدم هذه المراكز الخدمات الصحية والإرشادية للأمهات والحوامل على حد سواء. أما مراكز طب الأسنان عام 2008 فبلغت313 مركزا بزيادة مقدارها 110 مراكز عن عام 1997.

يلاحظ مما سبق إن هناك زيادة في أعداد المراكز خلال العشر السنوات السابقة، ومع هذه الزيادة في أعداد المراكز والزيادة في أعداد الكوادر البشرية إلا انه ما زال هناك أعداد كبيرة تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية.

ثانياً: خدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثة(المستشفيات)

اهتم الأردن منذ القدم ببناء المستشفيات فكان أول مستشفى على الأرض الأردنية المستشفى العثماني العسكري في الكرك وتم بناءه عام 1896. وفي عهد الإمارة تم بناء أول مستشفى عام 1921 وهو مستشفى البلدية في عمان بالتعاون ما

بين الحكومة وبلدية عمان، ثم تلاه المستشفى الحكومي في عمان والذي تأسس سنة 1926 بعد إقفال مستشفى البلدية (عبابنه،2006)

ويمكن تقسيم تطور المستشفيات في الأردن إلى ثلاثة مراحل:

المرحلة الأولى: قبل عهد الإمارة

المرحلة الثانية: منذ تأسيس الإمارة وحتى الاستقلال عام 1946

المرحلة الثالثة: منذ الاستقلال وحتى عام 2008.

المرحلة الأولى:

تبدءا هذه المرحلة منذ عام 1896 ولغاية 1921، وفي هذه المرحلة بلغ عدد المستشفيات التي تقدم الخدمات الصحية للمواطنين أربعة مستشفيات، وهي:

مستشفى الكرك العسكري وتأسس عام 1896، مستشفى العسكر العاملين في سـكة الحديد وتأسس عام 1899، المستشفى الانجليزي الذي تأسس عام 1918، المستشفى الوطني العجلوني وتأسس عام 1919، ولم يصل الباحث الى أي مـصدر للتـزود بإعداد الكوادر الطبية والمرضى والمراجعين لهذه المستشفيات خلال تلك الفترة.

المرحلة الثانية:

تبدءا هذه المرحلة منذ عام 1921 الى عام 1946 والمستشفيات التي كانـت عاملة في تلك الفترة هي: المستشفى البلـدي فـي عمـان وتأسـس عـام 1923، والمستشفى الحكومي في عمان وتأسس عام 1926، المستشفى الـوطني العجلـوني وتأسس عام 1926، ومستشفى السجن المركزي وتأسس عـام 1927، ومستـشفى الأميرة بسمه الحكومي الذي تأسس عام 1934، وكالفترة السابقة لا تتوفر معلومات حول عدد المرضى والمرافقين لهم في هذه المستشفيات.

المرحلة الثالثة:

تبدءا هذه المرحلة من عام 1946 ولغاية عام 2008 0ويمكن اعتبـار هـذه المرحلة بانها الأكثر اهتماما في قطاع المستشفيات حيث شهدت هذه المرحلة تأسيس أول وزاره للصحة عام 1950، وصدور قوانين التامين الصحي العسكري والمدني.

وفي عام2008 بلغت أعداد المستشفيات في الأردن (103) مستشفيات موزعة كما يلي:

1- مستشفيات وزارة الصحة: 30 مستشفى ومن بينها ثلاث مستشفيات تعني بالأمراض العقلية والإدمان.

2- مستشفيات القطاع الخاص وبلغت 60 مستشفى.

3- مستشفيات الخدمات الطبية الملكية وبلغت11 مستشفى.

4- مستشفيات الجامعات الرسمية وبلغت 2 مستشفى.

فالزيادة الكبيرة في أعداد المستشفيات في هذه المرحلة بالمقارنة بالمراحل السابقة تتماشى والزيادة المضطردة في أعداد السكان وقد تعرض الأردن لازدياد مفاجئ وكبير بأعداد السكان بعد حروب عام 1948و1967، وكذلك بعد حروب الخليج الأولى والثانية وما صاحب هذه الحروب من تدفق المهاجرين الى الأردن.

وتشير المعلومات الإحصائية الصادرة من وزارة الصحة بان أعداد المراجعين لهذه المستشفيات وفي كافة الأقسام بازدياد مستمر. فعلى سبيل المثال بلغ عدد المراجعين لعيادات الاختصاص عام(2001) (162454،2) مراجع، وارتفع العدد عام (2008) إلى (2859276) مراجع، كما تشير الإحصائيات بان أعداد المراجعين لأقسام الإسعاف والطوارئ في مستشفيات وزارة الصحة بازدياد مستمر. ففي عام1996 بلغ عدد المراجعين لجميع أقسام الإسعاف والطوارئ في الأردن (1188796) مراجع وكانت مقسمة بين الحالات الطارئة وغير الطارئة، فالحالات الطارئة كانت (555733) أي بنسبه(46.7%) من مجموع الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ، وفي عام 2008 بلغ عدد مراجعين أقسام الإسعاف والطوارئ (2588511) وكانت نسبه الحالات الطارئة منهم (35.8%) من مجموع الحالات التي راجعت أقسام الإسعاف والطواري.

والمرفق (ج) يوضح أعداد المراجعين لأقسام الإسعاف والطوارئ في الأردن منذ عام 1996ولغاية 2008.(مصدر الأرقام: التقارير الإحصائية لوزارة الصحة للأعوام المختلفة)

والحالة الطارئة: هي الحالة التي تتطلب تدخل فوري لمعالجتها ولا تحتمل التأخير ومثالها: حوادث السير، التسمم الغذائي، التسمم الدوائي، الآلام الصدر وغيرها من الأمراض المشابهه (مقابلة مع مدير صحة محافظة الكرك)

وتظهر التقارير الإحصائية بان نسب الحالات غير الطارئة تفـوق الحـالات الطارئة باستمرار والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم(1)

توزيع الحالات الطارئة وغير الطارئة التي راجعت أقسام الإسعاف والطوارئ

الحالة	1996	2001	2005	2008
طارئة	46.7	%42.1	%28.2	%35.8
غير طارئة	%53.3	%57.9	%71.8	%64.2

المصدر:التقارير الإحصائية لوزارة الصحة للأعوام 1996، 2001، 2005، 2008

الكوادر البشرية.

رافق تطور المرافق الصحية في الأردن ازدياد في أعداد الكوادر البشرية، ففي عام 1950 بلغ عدد الكوادر البشرية في وزارة الصحة 650 موظفا، موزعين كالتالي: 52 طبيبا،7 صيادلة، 229 ممرضا، وفي عام 1997 تطور العدد وبلغت نسبة الزيادة حوالي 15 ضعف وكانت الكوادر البشرية موزعة على النحو التالي:

جدول رقم(2)

أعداد الكوادر البشرية لعام 1997

المهنة	العدد
طبيب	2436
طبيب سنان	307
صيدلي	183
ممرض قانوني	1797
مساعد ممرض	2591
عامل تمريض	2092
قابلة قانونية	636
المجموع	10042

المصدر:التقرير الإحصائي لوزارة الصحة لعام1997

وفي عام2008 ارتفع عدد الكوادر البشرية بزيادة حوالي النصف عن عام 1997واصبحت الكوادر البشرية موزعة على النحو التالي:

جدول رقم(3)

أعداد الكوادر البشرية لعام2008

المهنة	العدد
طبيب	3763
طبيب سنان	595
صيدلي	359
ممرض قانوني	2647
ممرض مشارك	1757
مساعد ممرض	3036
قابله قانونيه	1168
عامل تمريض	1081
المجموع	14406

المصدر:التقرير الإحصائي لوزارة الصحة لعام2008

2-1-13-2 المؤشرات الصحية في الأردن

حقق الأردن بالمقارنة مع الدول التي دخل الفرد فيها قريب جدا مـن دخـل الفرد في الأردن انجازات كبيرة من حيـث نـسبة التغطيـة بالخـدمات الـصحية (مؤشرات: الكوادر الطبية، عدد الآسرة، المستشفيات)، فأصبحت التغطية الـصحية أفضل من كثير من تلك الدول، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(4)

مقارنة دولية لبعض المؤشرات الصحية

البلد	معدل دخل الفرد من الناتج المحلي الإجمالي	معدل طبيب لكل 10.000من السكان		معدل ممرض لكل 10.000من السكان		معدل سرير لكل 10.000من السكان	
		المعدل	السنة	المعدل	السنة	المعدل	السنة
الجزائر	3030	11.3	2002	19.9	2002	17	2004
الصين	2010	10.6	2001	10.5	2001	22	2003
كولومبيا	2740	13.5	2002	5.5	2002	12	2004
إيران	3000	8.7	2004	11.9	2004	17	2005
الأردن	2660	23.6	2005	29.4	2005	18	2007
المغرب	1900	5.1	2004	7.2	2004	9	2004
بيرو	2920	11.7	1999	6.7	1999	11	2004
تايلاند	2990	3.7	2000	28.2	2000	22	2000
تونس	2970	13.4	2004	25.8	2004	18	2004
المعدل	2617	12.8		22.1		16.2	

المصدر: مديرية التخطيط في وزارة الصحة عن قاعدة المعلومات الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية (WHO)

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (4) إلى أن الأردن يتقدم وبثلاث أضعاف تقريبا على إيران في نسبة التغطية في الخدمات الصحية فمعدل عدد الأطباء لكل (10000) من السكان في الأردن هو(23.6) طبيبا بينما في إيران هو (8.7) طبيبا، ومعدل عدد المرضين لكل(10000) من السكان بلغ في الأردن (29.4) ممرضا، وفي إيران (11.9) ممرضا.

وكما هو الحال في تقدم الأردن على إيران، يتفوق الأردن على كولومبيا في نسبة التغطية الصحية من حيث عدد الأطباء، والممرضين (مع العلم بان دخل الفرد فيها يتفوق على دخل الفرد في الأردن) فنسبة عدد الأطباء بلغت في الأردن ضعفين ما هي عليه في كولومبيا تقريبا (14:27)، وخمسه أضعاف في عدد الممرضين تقريبا (6:30). وفي معدل توفير سرير لكل (10000) من السكان لم يتفوق على الأردن سوى الصين وتايلند حيث بلغ عدد الآسرة في الصين وتايلند 22

سرير لكل (10000) من السكان وبلغ في الأردن 18 سرير لكـل (10000) مـن السكان ولعل ذلك يعود الى أن الإحصائيات في الأردن هي لعام 2007 وفي الصين وتايلند كانت الإحصائيات لعام 2004 حيث ارتفع معدل أعداد السكان لـديهم. فـي حين نجد أن الأردن يتفوق على كل من الصين وتايلند في معدل أعـداد الأطبـاء، والممرضين لكل 10000 من السكان.

الإنفاق العام على الصحة.

ينفق العالم حوالي (3) تريليون دولار أمريكي على الخدمات الـصحية،حيث تتراوح حصة الفرد في العالم من الإنفاق العام مـا بـين(4) الـى (5000) دولار أمريكي، وتشكل الدول المتقدمة حوالي (16%) من سكان العالم وتنفق حـوالي (72%) من الإنفاق الكلي للعالم. ولا يعتبر الإنفاق على الصحة هو المؤشر الوحيد على نوعية الخدمات الصحية حيث كانت الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1998 من أعلى دول العالم إنفاقا على الصحة بينما كانت في الترتيـب (38) مـن حيـث نوعية الخدمات الصحية التي تقدمها. والجدول التالي يوضح مقارنة دولية للإنفـاق الصحي حسب أهم المؤشرات الديمغرافية والصحية لعام 2002

جدول رقم(5)

مقارنة دولية للإنفاق الصحي حسب المؤشرات الديمغرافية والصحية لعام 2002

البلد	الإنفـاق الـصحي للفرد	معـدل العمـر المتوقـع عنـد الولادة	معدل وفيات الأطفـال الرضع لكـل (1000) مولود حي	معـدل وفيـات الأطفـال دون الخمس سنوات	معـدل الخـصوبة الكلي
الأردن	362	71.5	27	33	3.7
مصر	121	69	33	39	3.0
إيران	-	69	34	41	2.0
لبنان	543	71	28	32	2.2
المغرب	189	68	39	43	2.8
تونس	431	73	21	26	2.1

المصدر: مديرية التخطيط في وزارة الصحة / الأردن

وبعد العرض الموجز للمؤشرات الصحية التي وصل إليها الأردن، فقد أصبح بؤره إشعاع في الشرق الأوسط في المجال الطبي ويأتيه المرضى من شتى الـدول العربية، والصديقة لتلقي العلاج، فهناك العديد من الاختصاصات الطبية التي أصبح

الأردن يتميز بها، مثل: امرض القلب، أمراض الدم، وأمراض العيون، والتحاليل المخبرية.

2-1-13-3 نظرية التحديث والخدمات الصحية في الأردن

في عام1961 جرى أول تعداد سكاني للضفة الشرقية وبلغ عدد السكان حوالي 901 ألف نسمة وحينذاك كان عدد المستشفيات في الضفة الشرقية 4 مستشفيات، وفي عام 1979 جرى التعداد السكاني الثاني فبلغ عدد السكان 2.31 مليون نسمة وعدد المستشفيات آنذاك كان 6 مستشفيات، وهذه الزيادة المضطردة في أعداد السكان كانت نتيجة للظروف التي مر بها الأردن؛ حيث خاض خلال هذه الفترة حربين عام 1948 وعام 1967 ونتج عن هذه الحروب احتلال إسرائيل للضفة الغربية، وقطاع غزة مما أدى إلى تدفق أعداد كبيرة من الفلسطينيين إلى الضفة الشرقية.

وتضاعف عدد السكان عام 1994 حيث بلغ 4.14 مليون نسمة، وقدر عدد السكان نهاية العام 2004 بحوالي 5.35 مليون نسمة، وفي عام 2007 بلغ عدد السكان 5.72 مليون نسمة ومن المتوقع أن يصل عدد السكان عام 2010 إلى 6 مليون نسمة. وبلغ معدل النمو السكاني للأعوام 1961 – 1979 حوالي (4.8%)، فيما بلغ في الأعوام 1979-1994 حوالي (4.4%)، ويعزى السبب في ارتفاع معدل النمو السكاني إلى تدفق المهاجرين من الضفة الغربية، وقطاع غزة إلى الضفة الشرقية في أواخر الستينات، وتدفق أعداد كبيرة من العمالة الوافدة، وارتفاع معدلات الزيادة الطبيعية، وعودة حوالي 300 ألف من المواطنين الأردنيين من دول الخليج نتيجة لازمة الخليج عام 1990، وهجرة الآلاف من العراقيين إلى الأردن نتيجة حرب الخليج الثانية عام 2003، وقد أدت هذه الزيادة الكبيرة المفاجئة في أعداد السكان إلى خلق مشكلات عديدة،منها: نقص المياه والمساكن، وفرص العمل، كما أدت إلى أحداث ضغط كبير على الخدمات العامة ومنها الخدمات الصحية بشقيها قطاع الرعاية الأولية والمتمثلة بالمراكز الصحية الأولية والشاملة، وقطاع الرعاية الصحية المتمثل في المستشفيات.(مسح السكان والصحة الأسرية، 2007)

والعرض السابق لتطور الخدمات الصحية في الأردن بشكل عـام، وقطـاع المستشفيات بشكل خاص، بالمقارنة مع التطور الهائل الذي حدث في أعداد ونوعية السكان يؤدي إلى ضرورة الربط بين هذا الواقع وما تنادي به نظرية التحديث.

تتزعم لويس شيلي رواد نظرية التحديث وتتضمن هذه النظرية العديد مـن الفروض، وتتماشى بعض هذه الفروض مع موضوع الدراسة وتتلخص بما يلي:

1- أن هناك علاقة معقدة بين الجريمة والمجتمـع، والجريمـة اسـتجابة شـاملة للأوضاع المتغيرة في المجتمع.

2- التغيرات في السلوك الإجرامي التي لوحظت في الدول الأوربية منذ قرنيين من الزمان مع بداية الثورة الصناعية تكررت المرة تلو الأخرى فـي المجتمعـات الأخرى عندما تمر تلك المجتمعات بنفس التحولات المشابهة نحو التحديث.

3- نتج عن تزايد التحضر في المجتمع الحديث أنماط إجراميـة مميـزة مرتبطـة بالحياة الحضرية.

4- نتج عن الزيادة في التحضر في المجتمع الحديث معدلات عالية مـن الجريمـة مرتبطة بالحياة الحضرية.(الصالح، 2000)

ففي الفرض الأول ترى شيلي بأن العلاقة بين المجتمـع والجريمـة ليـست علاقة خطية بسيطة؛ فالمتغيرات الاجتماعية المعقدة التي تصاحب التحديث تسهم في ملاحظة الأنماط السلوكية الإجرامية.

والمتغيرات الاجتماعية تتمثل في الحراك الجغرافي السكاني، التغيرات فـي البناء الاجتماعي والأسري، والنظام الاقتصادي للمجتمع. وعليه فالجريمة اسـتجابة شاملة للأوضاع المتغيرة في المجتمع، والمجتمع يتلقى نوع ومستوى الجريمة التي تؤدي إليها أوضاعه.

وينطبق هذا الحال على المجتمع الأردني (مجتمع الدراسة) حيـث حـصلت الكثير من الزيادات الهائلة في أعداد السكان وبشكل مفاجئ.فقـد تـضاعف عـدد السكان عام 1994 حسب الإحصائيات العامة للسكان فبلغ 4.14 مليون نسمة، ثـم جرى عليه زيادة كبيرة لغاية عام 2004 بحوالي 1.21 مليون نسمة. فهذه الزيـادة رافقها العديد من المتغيرات الاجتماعية ومن أهمها أن زيادة عدد الـسكان يـشكل

ضغط على البنية الخدماتيه ومنها قطاع الصحة بشكل عام، وقطـاع المستـشفيات بشكل خاص.

مما تطلب رصد موازنات جديدة لإنشاء مرافق صحية لتلبية الاحتياجات، وهـذا لم يحدث لضعف الإمكانات، والموارد المادية الحالية، مما ترتب عليه أن الخـدمات الصحية التي كانت تقدم لنصف عدد السكان أصبحت تقدم لضعف عـدد الـسكان وبالتالي أصبح هناك تأخر في تقديم الخدمة، وعدم توافر الكميات الكافية من الدواء، وعدم قدرة الأجهزة مثل الأشعة، والمختبرات على تلبيـة احتياجـات المـواطنين بالسرعة التي يريدونها.

ومن التغيرات الاجتماعية التي ترافق التحديث كما ترى شيلي التغيرات فـي البناء الاجتماعي، والاقتصادي.فالبناء الاجتماعي الذي كان سائدا في الضفة الشرقية كان يغلب عليه الطابع العشائري ويرتبط بقيم، وعادات، وتقاليد، ومعايير اجتماعية تواجه السلوك الإجرامي وتشكل عامل ضبط اجتماعي عليه خاصـة وان وسـائل التقنية الحديثة لم تكن قد سادت بعد.

أما بعد زيادة أعداد السكان واستخدام وسائل التقنية الحديثة فإن هناك العديـد من المعايير الاجتماعية والقيم التي كانت سائدة قد ذهبت إلى غير رجعة؛ فأصـبح البناء الاجتماعي غير قادر على ضبط سلوكيات أفراده، وهذا هو جـوهر نظريـة الانومي (اللامعيارية) لدوركهايم.

فالمعايير الاجتماعية كانت تتمحور على الاحترام وخاصة احتـرام الكبـار، والعلماء، ورجال الدين، فلم يكن يتصور أن يقدم أحد الأشخاص على الاعتداء على الأطباء الذين يقدمون الخدمات الصحية، إلا أن التغير الذي حدث من حيث القـيم، والتقاليد الاجتماعية، ودخول وسائل التقنية الحديثة مثل: التلفاز، والهاتف الخلـوي، والانترنت، جعل هناك من يقبل بأن يعتدي على الطبيب، أو الممرض بحجة أن هذا الشخص لم يقم بعمله على الوجه الاكمل.

ويشتمل التغير الاجتماعي كذلك على تغير بعض القيم السائدة إلى قيم جديدة، ومنها: أن الشجاعة، والنخوة، والرجولة تتطلب من ذوي المريض أن يفتعلوا مشكلة

حتى يتم الاعتناء بمريضهم على الوجه الأمثل. وان يتدخل بالمشكلة حتى ولو لـم تعنيه.

وأخيرا التغير الاقتصادي: فالمتتبع للأوضاع الاقتصادية في الأردن يجد بأن نسبة البطالة عالية ويرافقها بطالة أخرى مقننة. ويضاف إلى ذلك ارتفـاع تكـاليف الحياة المعيشية، فالفرد في المجتمـع الأردنـي مـن ذوي الطبقـات الاقتـصادية المتوسطة، والمتدنية لا يكفي ما يحصل عليه من أموال إلا لسد متطلبـات الحيـاة اليومية من مسكن، ومشرب، وأجور نقل، والإنفاق على الخدمات الـصحية يعتبـر أمرا زائدا عن النفقات الأساسية؛ فإذا ما حصلت حالة مرضية فان الفرد يضطر الى أن يغير نظامه الاقتصادي أما باللجوء للسلوك الإجرامي لسد حاجاته الفرديـة، أو القيام بالعمل بوظيفة أخرى مما يترتب عليها بقاءه دائما في حالة من التعب والتوتر والضغط النفسي وبالتالي فأنه يكون أقرب إلى أحدث السلوك الإجرامي والعنف.

وينطبق هذا الموضع على الموظف في قطاع الخـدمات الـصحية، ومتلقـي الخدمة على حدا سواء، فلا احد منهم يستطيع احتواء الأخر؟ لما يحملونه من تعـب وقلق؛ فيكون العنف والاعتداء على الموظفين والكوادر الطبية هو النتيجة النهائية.

وبالنظر إلى الفرض الثاني فإن التغيرات في الجريمة التي لوحظت في الدول الأوروبية منذ قرنين من الزمان تتكرر في المجتمعات التي تـسير علـى طريـق التحديث ومنها المجتمع الأردني.

فالمتابع إلى موضوع هذه الدراسة وهو العنف الذي تتعـرض لـه الكـوادر الطبية في المستشفيات الحكومية في الأردن يجده موضوع جديـد علـى المجتمـع الأردني، ولم يكن من أنماط الجريمة التي ألفها المجتمع الأردني، وعلى خلاف ذلك يعتبر هذا الموضوع من المواضيع القديمة في الدول الأوروبية، والولايات المتحدة الأمريكية، فقد تم كتابة العديد من الأبحاث والدراسات في ذلك الموضوع. ففي عام 1991 تم كتابة دراسـة تتعلـق بهذا الموضوع فـي جامعة ماونتن فـي الولايات المتحدة الأمريكيـة (Tyler,2007).

فهذه الجريمة وهي الاعتداء على الكوادر الطبية لم تكن موجودة في المجتمـع الأردني وإنما هي نمط جديد مرافق للتحديث الذي يمر به المجتمع الأردنـي.فهـي

جديدة في المجتمع الأردني وقديمة في المجتمعـات الأخـرى مثـل الأمريكيـة، والأوروبية.

2-2 الدراسات السابقة وذات الصلة:

تناولت الدراسات العربية ذات الـصلة بموضـوع الدراسـة العنـف فـي المستـشفيات مـن زوايـا مختلفـة ومـن هـذه الدراسـات(العـواودة،2007، الجرادين،2001).

كمـا تناولت موضـوع الدراسـة العديـد مـن الدراسـات الأجنبيـة وهي: (Dabak, 2008 ; Peek, 2007; Hesketh, 2002; Sari. 2006; Peleg, 2005; Yoshikawa, 2008; Tyler, 2007; lin, 2004; Merecz, Hodgson , 2004; Shoghi 2006; Kowalenko, 2005; Kwok, 2006; Biscaia, 2003; Ann, 2002; Mackin, 2001; Emarg, 1997; Fernandes, 1999).

2-2-1 الدراسات العربية ذات الصلة

أجرت (العواودة، 2007) دراسة بعنوان العنف ضد المرأة العاملة في القطاع الصحي، وهدفت الدراسة إلى:

التعرف على أنواع وحجم العنف الواقع على المرأة العاملة في مستـشفيات محافظة العاصمة عمان، المتجسدة بدراسة مظـاهر العنـف النفـسي، واللفظـي، والجسدي، والتهديد، والتحرش الجنسي، والتمييز وعـدم المـساواة فـي العمـل، والانتهاك القانوني لحقوق المرأة العاملة وفقاً لقانون العمل الأردني.

التعرف إلى أكثر الفئات الممارسة للعنف، والى ردود فعل العاملات على ما يقع عليهن من عنف، وماهية أسباب ونتائج العنف من وجهة نظر المبحوثين، إضافة إلى ربط هذه الأهداف ببعض المتغيرات الاقتصادية والاجتماعيـة لأفـراد عينـة الدراسة.

ولتحقيق الهدف اشتمل مجتمع الدراسة على كافـة المستـشفيات الحكوميـة، والخاصة في محافظة العاصمة عمان، باستخدام عينة مكونـة مـن (265) امـرأة عاملة.

وقد تم اعتماد الإستبانه أداة لجمع المعلومـات، والمقـابلات شـبه المنظمـة. وتوصلت الدراسة إلى ما يلي:

أن العنف النفسي يشكل أكثر أنواع العنف ضد المرأة انتـشاراً؛ إذ بلغـت نسبته (77%)، ويعد العنف اللفظي أكثر أشكال العنف النفسي انتشاراً؛ إذ بلغت نسبة اللواتي تعرضن للسب (46 %)، وتعد العاملات الأصغر سناً واللواتي يعملـن فـي مهنة التمريض، والمهن الطبية المساندة، الأكثر تعرضاً للعنف النفسي. في حين إن العاملات بكافة مستوياتهن التعليمية، وبمختلف أماكن عملهـن العامـة والخاصـة يتعرضن للعنف النفسي.

يحتل الانتهاك القانوني لحقوق المرأة العاملة المرتبة الثانية بنسبة (71.1%)، يليه التمييز وعدم المساواة في العمل، ليشكل ما نسبته (67.2%).

بلغت نسبة اللواتي تعرضن للتحرش الجنـسي (55.8%). ويعـد التحـرش الجنسي اللفظي الأكثر انتشاراً، مقارنة بالتحرش الجنسي الجسدي. وتشير النتائج إلى إن العاملات يتعرضن للتحرش بكافة مراحلهن العمرية. وبمختلف أنواع المهن التي يعملن بها.إلا إن العاملات غير المتزوجات أكثر عرضة من العاملات المتزوجات.

يشكل العنف الجسدي أقل أشكال العنف الوظيفي انتشاراً؛ إذ بلغـت نـسبة اللواتي تعرضن له (29.1%). وهو يمارس علـى العـاملات مـن المـراجعين، والمرضى ومرافقيهم، وتدل النتائج على إن العاملات في كافة المستويات التعليمية، والمراحل العمرية، وبمختلف أنواع المهن يتعرضن للعنف الجـسدي، فـي حـين أشارت النتائج إلى إن العاملات في المستشفيات الحكومية يتعرضن للعنف الجسدي أكثر من العاملات في القطاع الخاص؛ نظراً لزيادة حجم العمـل. وتعـود أسـباب ممارسة العنف في القطاع الصحي إلى بعض العوامل المتعلقة بطبيعة نظام العمـل في المستشفيات، وإلى بعض العوامل الفردية المتعلقة بالعاملة، وإلى عوامل تتعلـق بمؤسسة العمل ذاتها.

أما نتائج ممارسة العنف، فهي كبيرة تقع في معظمها على مؤسسة العمـل، والصحة النفسية والجسدية للعاملة، وعلى الأسرة. وفي ضـوء النتـائج، أوصـت الدراسة بضرورة سن وتفعيل التشريعات الخاصة بحماية العـاملين فـي القطـاع

الصحي بشكل عام، والنساء بشكل خاص، وضرورة وضع استراتيجيات، وسياسات عامة من وزارة الصحة، والمؤسسات المعنية بالعاملين في القطاع الـصحي؛ لمنـع وقوع العنف، والحد منه في القطاع الصحي، والعمل على نـشر وحـدات الأمـن الداخلي في كافة أقسام المستشفى. بالإضافة إلى تفعيل دور الأخصائي الاجتمـاعي في المستشفيات؛ للمساعدة في الحد من هذه الظاهرة.

وأجرت (الجرادين، 2001) دراسة بعنوان مستوى الضغط النفـسي لـدى الأطباء العاملين في مستـشفيات وزارة الـصحة فـي الأردن وعلاقتهـا بـبعض المتغيرات الديمغرافية.

وهدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء العاملين في مستـشفيات وزارة الـصحة فـي الأردن، وعلاقتهـا بـبعض المتغيـرات الديمغرافية.وبالتحديد حاولت الدراسة الإجابة على السؤالين التاليين:

هل يوجد أثر لكل من: الجنس، التصنيف الفني، والخبرة في تقديرات الأطباء لأثر مصادر الضغط النفسي؟

هل يوجد أثر لكل من: الجنس، التصنيف الفني، والخبرة في درجة الـضغط النفسي لدى الأطباء؟

تكون مجتمع الدراسة من (1358) طبيباً، تـم اختيـار العينـة بالطريقـة العشوائية الطبقية، وبلغت (340) طبيباً وطبيبة، واستخدم في هذه الدراسة: مقيـاس مصادر الضغط النفسي الذي عرفته الباحثة، ومقياس التوتر النفسي الـذي أعدتـه. (الزواوي، 1992) وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

وجود أثر ذا دلالة إحصائية لمتغيرات الدراسة(الجنس، التـصنيف الفنـي، والخبرة) في تقدير الأطباء لدرجة مصادر الضغط النفسي.

وجود أثر ذا دلالة إحصائية للجنس في تقدير الأطباء لدرجة أبعاد "الوقـت، بيئة العمل، الدخل،" وأن الأطباء الذكور في تقديرهم، كانوا أكثر تعرضـا لدرجـة مصادر الضغط النفسي من الطبيبات.

وجود أثر ذا دلالة إحصائية للتصنيف الفني في تقدير الأطباء لدرجة أبعاد (بيئة العمل، الدخل، المريض)، وأن الأطباء ذوو التصنيف طبيب عام في تقديرهم، كانوا أكثر تعرضاً لدرجة مصادر الضغط النفسي من الفئات الأخرى.

وجود أثر ذا دلالة إحصائية للخبرة في تقدير الأطباء لدرجة أبعاد "بيئة العمل، الدخل "، وأن الأطباء الذين خبرتهم (أقل من 5 سنوات) في تقديرهم كانوا أكثر تعرضاً لدرجة مصادر الضغط النفسي من المستويات الأخرى.

عدم وجود أثر ذا دلالة إحصائية للجنس في درجة الضغط النفسي. ووجود أثر ذا دلالة إحصائية للتصنيف الفني، ودرجات الضغط النفسي (الفسيولوجية، المعرفية، النفسية)، وأن الأطباء ذوو التصنيف طبيب عام في تقديرهم،كانوا أكثر تعرضاً لدرجة مصادر الضغط النفسي من الفئات الأخرى.

وجود أثر ذا دلالة إحصائية للخبرة ودرجات الضغط النفسي "الفسيولوجية، المعرفية، النفسية"، وأن الأطباء الذين خبرتهم(أقل من 5 سنوات) في تقديرهم، كانوا أكثر تعرضا لدرجة الضغط النفسي من المستويات الأخرى.

2-2-2 الدراسات الأجنبية السابقة

أجرى (Dabak, 2008) دراسة بعنوان تجربة العنف ضد الأطباء المتدربين في مكان العمل في تركيا.

هدفت الدراسة إلى تحديد نطاق وأثر العنف في أماكن العمل، وقد أجريت الدراسة في سبعة مستشفيات طبية، تمثل جميع المناطق في تركيا، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على أنماط العنف الذي يعانيها الأطباء، وهي الأنماط العاطفية والجسدية، والجنسية، وكذلك التعرف على الأشخاص المرتكبين للعنف، ورد فعل الضحية.

وقام الباحث بتوزيع 2442 استبيان، اكتمل منها 1712، وأشارت النتائج إلى أن 67% من الأطباء يواجهون العنف اللفظي، و16% تعرضوا للعنف الجسدي، و3% تعرضوا للعنف الجنسي.

وكانت نسب مرتكبي العنف اللفظي من أقارب وأصدقاء المرضى حـوالي 36%، ومـن هيئـة التـدريس 36%، ومـن المرضـى 20% ومـن رؤوسـا الإدارات13%، ومن الأطباء العاملين في المستشفى 6%.

وتوصلت الدراسة إلى أن الأطباء والاختصاصين (المتدربين) يتعرضـون بشكل كبير للعنف اللفظي، والجسدي، والجنسي، وأوصت الدراسة بضرورة اتخاذ احتياطات لمنع تعرض الأطباء للعنف.

وأجرى (Yoshikawa, 2008) دراسة بعنوان العنف المتصل بالعمـل الذي يعاني منه الأطباء الذين تخرجوا من كلية الطب في اليابان.

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى انتشار العنف ضد الأطبـاء أثنـاء العمـل، ويشتمل العنف على العنف اللفظي، والجسدي الذي يعاني منه الأطباء على أيـدي مرضاهم، أو زبائنهم في آخر الست شهور التي سبقت إجـراء الدراسـة، وقـام الباحثون بإرسال 1705 استبيان للأطباء الذين كانت مدة عملهم لا تقـل عـن 3 سنوات في موعد إجراء الدراسة.

وكانت الاستجابة بمعدل 41.8% من بين المشاركين (540رجلاً، 158 امرأة) وتوصلت الدراسة إلى أن (168) من المبحوثين، أي بنسبة 24.1% من الأطباء تعرضوا للعنف اللفظي و(15) من المبحوثين، أي بنسبة 2.1% تعرضوا للعنف الجسدي وأن الأطباء العاملين في أقسام الطوارئ والطب النفسي أكثر عرضه من غيرهم للعنف. وقد أوصت الدراسة إلى القيام بالتعليم لتجنب العنف، والتعليم على تجنب العنف ينبغي أن يكون في بداية حياة الطبيب المهنية.

وأجرى (Hesketh, 2002) دراسة بعنوان العنف في مواقع العمل فـي مستشفيات البرتا وكولومبيا البريطانية.

هدفت الدراسة إلى اختبار حدوث العنف فـي موقـع العمـل، ومـصادره والإبلاغ عنه من خلال الممرضين والممرضات، في قواعد طبيـة مختلفـة فـي المستشفيات. كما هدفت الى اختبار العلاقة ما بين العنف والرضا الوظيفي، لغايات التوصل إلى مقترحات جديدة لصياغة مفهوم للوقاية المنهجية من العنف.

بالمجمل، تمت دعوة جميع الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات العناية الحثيثة في البرتا،للمشاركة في الدراسة بواسطة دراسات مسح بريدية ما بين أيلول 1998، وشباط 1999؛ حيث بلغ عددهم 12332. وعاد 6526 استبيان صالحة للاستخدام بمعدل إجابة 52.8% أما في كولومبيا البريطانية، تم أخذ عينة من الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات العناية الحثيثة بنفس الفترة الزمنية طبقاً للمعايير التالية:

في المستشفيات التي تضم 100 أو أقل من الممرضين والممرضات تم أخذ عينة إحصائية مقصودة، في حين في المستشفيات التي يزيد كادرها عن 100 من الممرضين والممرضات، تم أخذ عينة عشوائية من النسبة العامة.

وبلغت العينة من الممرضين والممرضات الذين تم أخذهم 5479 عادت منها 2648 استبيان قابلة للاستخدام [أعطى التحليل المبدئي لتلك البيانات أن هذه العينات تطابق كثيراً ملامح النسمة التي تم أخذها منها].

الإجراء: لتقييم شرعية العنف تم دعم الأسئلة بالمراجعة الأدبية والرجوع للخبراء.

لتقييم حدة وشدة المشكلة، تم الطلب من المشاركين في الدراسة وصف إذا ما كانوا قد مروا بتجربة أي نوع من الأنواع الخمس للعنف، الاعتداء الجسدي، التهديد بالاعتداء، الإساءة العاطفية، التحرش الجنسي شفوياً، الاعتداء الجنسي، خلال ورديات العمل الخمس الماضية.

أما بالنسبة لمصدر الاعتداء، فقد تم إعطاء المشاركين الخيارات التالية كمصادر للعنف:1- المريض. 2- العائلة وعائلة المريض/زائر. 3- الطبيب. 4-الممرض أو الممرضة المرافق **في** العمل. 5-أخر.

وتم تصنيف الممرضين والممرضات المشاركين بحسب قسم العمل أو وحدات العمل في المستشفى، وتمت مقارنة جميع الوحدات بالوحدة حيث انتشار العنف.

وتم استخدام سؤال واحد لقياس الرضى الوظيفي بشكل عام، ما مدى رضاك وقناعتك في الوظيفة الحالية؟ وتم تطوير ملحق للعنف لقياس حجم أثر العنف على معطيات الموظف.

وأظهرت الدراسة النتائج التالية:

1- تنوع انتشار العنف بشكل كبير خلال أنواع ووحدات اختصاص الممرضين والممرضات؛ حيث كان العاملين في الطوارئ والطب النفسي الأعلى انتشارا في التعرض للعنف

الممرضون والممرضات في العناية الحثيثة، مروا بتجربة الحدوث الأقل للعنف، في حين كانت أعلى حالات انتشار الاعتداء الجسدي لدى العاملين في قسم الجراحة الطبية.

وكان المرضى هم المصدر الرئيس للعنف، وتحديداً الاعتداء الجسدي، أما من حيث الإساءة العاطفية؛ فقد كان العاملون في العناية الحثيثة، أكثر احتمالية للتعرض لها، والأمر سيان بالنسبة للتحرش الجنسي من زميل أو زميلة.

2- واحد من خمسة من المشاركين، قد مر بتجربة أكثر من نوع للعنف، (وليس المقصود هنا الحوادث المركبة لنفس النوع مثل التهديد المتكرر بالاعتداء).

3- جميع المجموعات كانت أقل احتمالية للإبلاغ عن العنف إذا كان المتسبب زميل أو زميلة في العمل، وكان العنف المسبب من عائلة المريض، أو زائر له، أو من المرضى أكثر احتمالية للإبلاغ عنه.

4- عدد ونوع حلقات العنف المبلّغ عنها، كانت ذات أثر على رضا وقناعة الممرض أو الممرضة تجاه الوظيفة.

وقد أعطت تحاليل التقارير فروقات هامة بين مجموعات المشاركين الأربعة:

1- المشاركون الذين لم يتعرضوا للعنف، لديهم قناعة وظيفية أكبر.

2- هؤلاء الذين مروا بتجربة الإساءة العاطفية، وعلى الأقل شكل واحد آخر للعنف لديهم القناعة الوظيفية.

3- الممرضون الذين مروا بالإساءة العاطفية فقط، أقل رضا وقناعة وظيفية من هؤلاء الذين مروا بتجربة شكل آخر للعنف.

وأجرى (Peek, 2007) دراسة بعنوان برامج الوقاية من العنف في مواقع العمل في أقسام الطوارئ في المستشفيات.

وكان الهدف من الدراسة هو مقارنة برامج العنف في موقع العمل في أقسام الطوارئ في نيوجرسي وكاليفورنيا، لتحديد عناصر البرامج الأكثر شيوعاً من حيث التنفيذ، ولتحديد الفراغات في البرامج الموجودة.

واشتملت العينة التمثيلية على 116 مستشفى في كاليفورنيا، و50 مستشفى في نيوجرسي (عينة إحصائية مقصودة).

وتم جمع المعلومات من خلال إجراء المقابلات مع العاملين في المستشفيات في كلا الولايتين " نيوجرسي وكاليفورنيا". وكانت الدراسة دراسة مسحية مقطعية عرضية. من ما مجموعه (364) مستشفى عناية حيثية مرخص في كاليفورنيا، تمت دعوة 125 مستشفى للمشاركة في هذه الدراسة، ووافق 116 مستشفى منها بمعدل إجابة 93%.

ومن ما مجموعه 85 مستشفى في نيوجرسي، وافق 50 مستشفى منها بمعدل إجابة 70.4%.

وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

1- إدارات الطوارئ في كاليفورنيا، كانت وبشكل كبير أكثر احتمالية من تلك في نيوجرسي للتزويد بالتدريب المتعلق بالعنف في مكان العمل للموظفين.

2- لم يشتمل أي برنامج تدريب حول العنف في مكان العنف على جميع المواضيع المتطلبة تحديداً في القواعد الإرشادية ونصوصها، ولم تكن هناك فروقات هامة تذكر بين نيوجرسي وكاليفورنيا من حيث وجود مواضيع معينة خلال المستشفيات ذات البرامج التدريبية.

3- غالبية البرامج في كلا الولايتين استمرت لأكثر من ساعة واحدة.

4- من 14 مركباً من البرامج التدريبية للوقاية من العنف في موقع العمل، نفذت كاليفورنيا ما معدله 9.4%، في حين قامت نيوجرسي بتنفيذ ما معدله 7.7%.

وأجرى(Sari, 2006) دراسة بعنوان الأخطار التي يواجهها طاقم الطوارئ: تجربة في المراكز المدنية (الحضرية) في جنوب تركيا.

هدفت تلك الدراسة الى التحقق من انتشار العدائية وتحديد ملامحها، التهديد والعنف الجسدي الموجه تجاه الطاقم في إدارات الطوارئ.

وطلب من جميع العاملين في الرعاية الصحية في إدارة الطوارئ المشاركة في تلك الدراسة، وكانت الاستجابة على النحو الآتي: 77 طبيب طوارئ، 76 ممرض وممرضة طوارئ، 13 المهن الطبية المساندة، و 55 مساعد ومساعدة تمريض.

وتألفت أداة الدراسة من ثلاثة أسئلة ديمغرافية، والأخريات كانت بنود وفقرات إجابة: أ- عدد مرات الاعتداء. ب- التهديدات. ج- العنف الجسدي الذي كانوا معرضين له خلال فترة شهر واحد، أعمارهم، جنسهم، المهنة، والخبرة.

وتم سؤال الطاقم بخصوص أية حادثة مواجهة حدثت خلال خبرتهم وتجربتهم الداخلية. تم تسليم وجمع دراسات المسح من كل فرد في الطاقم يدوياً، بوساطة مدير إدارة الطوارئ.

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج ومن أهمها أن هناك علاقة إحصائية ذات دلالة بين الاعتداء والمهنة، لكن لم تكن هناك علاقة مع الجنس، أو العمر أو سنوات الخبرة.

العلاقة بين التهديد مع الجنس، العمر، المهنة، والخبرة كانت هامة وذات دلالة إحصائية. ومن الناحية الثانية، تم تحديد علاقة هامة وذات دلالة بين الاعتداء الجسدي والعمر، الجنس، الخبرة.

التوصيات: غالباً ما يحمل المهاجمون (المعتدون) الأطباء مسؤولية أية قضية؛ ولهذا يشكل الأطباء الهدف الأول للعنف.

منع دخول العديد من أقارب المريض واستخدامهم للأسلحة النارية.

إنشاء برامج تدريبية منتظمة للطاقم، مع دعم تشريع قوي، يمكن أن تساعد في استبعاد العنف في إدارات الطوارئ.

وأجرى **(** Peleg, 2005**)** دراسة بعنـوان العنـف الـشفهي (اللفظـي) والجسدي تجاه الأطباء في المستشفيات والمجتمع في النقب/إسرائيل.

الهدف من الدراسة هو تشخيص وصياغة ملامح العنف الجسدي واللفظـي تجاه الأطباء في المستشفيات.

عينة الدراسة: شارك في هذه الدراسة 177 طبيباً، 95 من المستشفى، و82 مـن عيادات المجتمع.

واشتملت العينة الأخيرة (أطباء عيادات المجتمع) أطبـاء عـامين، أطبـاء أطفال، مختصين، وأطباء مقيمين. تشمل العينة 69 أنثى.

أداة الدراسة: كانت أداة الدراسة عبارة عن استبانه مؤلفة مـن 36 فقـرة، حـول تجارب ومواقف الأطباء مع العنف. واشـتملت الإسـتبانه بيانـات ديمغرافيـة وشخصية، وتقارير حول التعرض للإساءة اللفظية والجسدية خلال السنة الماضية. وكانت غالبية الفقرات أسئلة ذات خيار مركب مع إجابة واحدة محتملة.

الإجراء: تم تطوير الإستبانه تحديداً لتلك الدراسة بعد مراجعة للأدب حـول هـذا الموضوع، وفي التفسير الموجود ببداية الإستبانه، أوضحنا أن المصطلح(عنف لفظي) يمكن تحديده على أنه محاولة لمهاجمة شخص آخر من خلال الكلمات القاسـية، الحديث بشكل عدائي، التهديدات، أو أي شكل آخر غير مقبول للحـديث عنـه لا يؤدي للأذى الجسدي.

ويمكن تحديد الأذى الجسدي، على أنه أي شكل من الهجوم يحوي مركـب مادي يستهدف الجسد.

تم إدخال البيانات، و تحليلها باستخدام Spss وتم اسـتخدام اختبـارات T واختبارات X2 بحسب ملائم.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1) 99 من الأطباء المشاركين، أوضحوا أنه خلال السنة السابقة تعرضوا لإسـاءة لفظية مرة واحدة على الأقل. 51 طبيب من المستشفى تعرضوا للإساءة اللفظية من المرضى، و69 طبيب تعرضوا لها من أفراد عائلات المرضى، مقارنة بـ

48 طبيب تعرضوا لها من المرضى، و40 طبيب تعرضوا لهـا مـن أفـراد عائلات المرضى بالنسبة لأطباء العيادات في المجتمع.

2) 65 طبيب أبلغوا عن تعرضهم من مرة إلى ثلاث مرات للإساءة اللفظية مـن قبل مرضاهم خلال السنة الماضية. وأشار 78 طبيبـاً لعـدد المـرات التـي تعرضوا فيها للإساءة اللفظية من أفراد عائلات المرضى، مـنهم 57 طبيـب ذكروا أنهم قد تعرضوا للإساءة الشفهية (اللفظية) من مرة إلى أربـع مـرات خلال السنة الماضية.

أما بالنسبة للإساءة الجسدية: 60 طبيباً تعرضوا للإساءة الجسدية خلال السنة الماضية، وتسعة أطباء تعرضوا لحوادث عنف جسدي من قبل مرضاهم، وسـبعة أطباء تعرضوا له من قبل أفراد عائلات المرضى، ثلاثة أطبـاء فـي المستـشفى تعرضوا لهذه الإساءة من قبل المرضى، وستة من قبل أفـراد العائلـة للمرضـى مقارنة بستة أطباء تعرضوا لها من المرضى، وطبيب واحد تعرض لها من أفـراد عائلة المريض من أطباء المجتمع بالملخص كان للعنف أثراً سلبياً وسيئاً على حياة الأطباء الذين أجريت هذه الدراسة عليهم.

التوصيات: حتى يتم البدء باستبعاد واجتثاث مشكلة العنف تجاه الأطبـاء، يجـب اتخاذ خطوات للمناقشة التفصيلية للدوافع للعنف.

1- تقليل فترات الانتظار، ويمكن إنجاز ذلك وإتمامه من خلال التخطيط الأفضل للتعليم والتثقيف الطبي.
2- زيادة عدد الأطباء في العيادات؛ لتحسين النـسبة والتناسـب بـين الأطبـاء والمرضى.
3- تغيير العادات والمعايير الاعتيادية التي قد تعمل كدوافع ومحفـزات قادمـة للعنف، لكن تلك الإستراتيجية تتطلب وقتاً طويلاً، وسيتطلب ذلـك دراسـات إضافية قبل تنفيذه على المدى القصير، ومن المهم تأسيس مـشاغل تدريبيـة للأطباء لمنع العنف والتعامل معه.
4- زيادة ورفع الأمن (الحراسة) في المستشفى وتعزيزه، ويجب تصميم قواعـد صارمة للتعامل مع الأشخاص العنيفين وتنفيذ هذه القواعد.

كما أجرى (Hodgson, 2004) دراسة بعنوان العنف في مؤسسات الرعايـة الصحية: دروس من إدارة الصحة.

هدفت تلك الدراسة إلى: اختبار تكرار الاعتداء والتهجم، وعوامل الخطورة في مؤسسات الرعاية الصحية. والتعرفً بشكل أكثـر تفـصيلاً علـى المعتـدين والمسببين لغالبية الحوادث الحالية.

المنهجية: كانت دراسة المسح حول العنف جزءاً من دراسة وطنيـة أعـم وأشمل. حيث تلقى كل مشارك ملصق الصحة، متبوعة برسائل الكترونية بـشكل أسبوعي للتذكير، وتم توزيع الإستبانه على المشاركين. وكان جميع موظفي إدارة الصحة، مؤهلين للمشاركة في تلك الدراسة بحيـث تـم تلقـي 74662 اسـتجابة لمشاركين عاملين في 142 مستشفى.واحتوت الإستبانه على 78 فقرة، تقيس قناعة المرضى وفاعلية الموظفين.

ولتأكيد الاستقلالية لم يتم جمع أو طلب أية محددات للهوية، وتمـت إعـادة البيانات لدى محال متعاقد لغايات التنقيح، والتحرير، وتم اختبارها باستخدام التحليل الإحصائيSPSS.

كما وتم تحليل البيانات (بيانات الدراسة المسحية) على المستوى الفـردي. للحصول على العوامل باستخدام استراتجيات الإنقاص التقليدية للبيانات.

النتائج:

1- 30% من المشاركين في الدراسة وصفوا اعتداءاً واحداً على الأقل في الـسنة الماضية، وكانت نسبة من تم الاعتداء عليهم في كل منشأة تتراوح من 1% إلى 26%.
2- كان المرضى هم المعتدون الأكثر شيوعاً.
3- العمل في عيادات طب الشيخوخة، الصحة العقلية، وإعادة التأهيـل، أو فـي التمريض، كل ذلك شكّل خطورة مرتفعة للتعرض للاعتداء.
4- ساعات وأنماط العمل شكّلت عوامل خطورة رئيسة للتعرض للاعتداء، وكذلك كانت عوامل أكثر مسببة للضغط المؤسسي.
5- ترافق التدريب مع معدلات خطورة أقل للتعرض للاعتداء.

وأجرى (Tyler, 2007) دراسة بعنوان العنف تجاه الممرضين والممرضات في أقسام الطوارئ غرب فيرجينيا.

هدفت تلك الدراسة الى اختبار السلوك العنيف في أقسام الطـوارئ، تجـاه الممرضين والممرضات في غرب فرجينيا.

وتلخصت مشكلة الدراسة، في أن العنف ضـد طاقم أقسام الطوارئ، قـد يكون مرده إلـى ما يلـي: 1- اضـطرابات نفـسية. 2- تعاطـي الكحـول والمخدرات. 3 - المواقف المسببـة للتـوتر، والتـي يواجههـا المـريض وعائلته. 4- الحوادث العنيفة في المجتمع. 5 - الازدحام الشديد فـي الطـوارئ، مما يؤدي لزيادة ساعات الانتظار ويرفع التوتر والضغط.

المنهجية: تكونت عينة الدراسة من الممرضين والممرضات المسجلين رسمياً فـي ثلاثة إدارات للطوارئ في غرب ولاية فرجينيا، وتم انتقاء هذه الإدارات طبقاً لعدد المرضى سنوياً في الإدارة.

أدوات الدراسة: تم استخدام أداة (د.بيفرلي موهشي ود. مـارلين لانـزا) لجمـع البيانات بعد أخذ موافقتهما.

وهي إستبانة الاستجابة للاعتداء ARQ.

وتكونت دراسة المسح في هذه الدراسة من 91 فقرة (سـؤالا)، وكانـت ذاتيـة التسجيل.

الإجراء: حصلت الدراسة على الأذن والموافقة من لجنة المراجعة والتـدقيق فـي جامعة ماونتن.

تحدث الباحث مع المدير في كل قسم طوارئ؛ لتفسير وإيضاح الغاية مـن هذا البحث، مؤكدا أن كل المعلومات سوف تبقى سرية بمـا أن هـؤلاء المـدراء مسؤولون عن توزيع دراسات المسح، وتم توضيح التوجيهات بخـصوص مـلء وإجابة الاستبيانات، وكانت الاستبيانات متوفرة في كل قسم طوارئ لأسـبوعين أو ثلاثة أسابيع ليملأها الموظفين هناك.

ملخص الإجراءات: كان نموذج الأنظمة السلوكية هو إطار العمل المفهومي والذي طوره واضع النظريات دوروثي جونسون.

وتصور هذه النظرية الناس على أنهم نظام سلوكي؛ حيث تم ملاحظة سلوك المعطى الوظيفي، وهناك ثلاثة عناصر أخرى مهمة محددة في النظريـة وهـي: التوازن، التوتر، ومسببات الضغط والتوتر.

النتائج: بعد أن تم سؤال المشاركين فيما يتعلق بعدد حوادث العنف التي تعرضـوا لها خلال مهنتهم، والأثني عشر شهراً المنصرمة، وكانت الأسئلة حـول الـسلوك العنيف لـ: الاعتداء الجسدي، التهديدات، الإساءة الشفهية، حصلت الدراسة علـى النتائج التالية:

1- 63% من المشاركين، أبلغوا عن إساءة جسدية خلال مهنتهم كممرضين فـي الطوارئ، و 29% أبلغوا عنه خلال الأثني عشر شهراً المنصرمة.
2- 98% من المشاركين، أبلغوا عن كونهم يتم تهديدهم أو تخويفهم عند نقطة مـا خلال مهنتهم، 90% أبلغوا عن التهديد أو التخويـف خـلال الأثنـي عـشر المنصرمة.
3- 98% من المشاركين، أبلغوا عن تعرضهم للإساءة الشفهية خـلال مهنـتهم، و95% أبلغوا عن التعرض للإساءة الشفهية خلال الأثني عشر الماضية.

ويوثق هذا حقيقة أن العنف في أقسام الطوارئ لا يزال خطراً حقيقياً وفعلياً بحق الممرضين والممرضات هناك.

كانت الإساءة الشفهية الشكل الأكثر شيوعاً لاستهداف الضحايا خلال الأثني عشر المنصرمة، يليها التهديدات، ثم يأتي بعدها الاعتداء الجسدي.

4- 47% من المشاركين، اعتقدوا أن الحالة الصحية هي المسببة للعنف ونسبة من
5- 75% من المشاركين، لم يبلغوا عن استعمال أسلحة في العنف.
6- تم تقدير أن الكحول عامل قوي للسلوك العنيف، مع نسبة 21% تقدر وجـوده بنسبة من 1-24% و 42% من المشاركين، قدروا استعمال الكحول مـن 25 إلى 49% في حين قدرت بنسبة 27% وجود عامل الكحـول بنـسبة 74% و 10% من المشاركين، أعطوا نسبة استعمال الكحول من 75% إلـى 100%، ليكون عامل خطورة.

7- ونسبة كبيرة جداً من المشاركين، أعطوا أن استعمال المخدرات كعامل مسبب للعنف، وهكذا تكون المخدرات والكحول عوامل خطورة قوية مؤدية للسلوك العنيف في الطوارئ.

8- كان هناك تأثير عكسي للتعرض للعنف في الطوارئ؛ بحيث أبلغ بعض المشاركين عن معرفتهم لمن ترك العمل، بعد التعرض للعنف، ونسبة كبيرة منهم أبلغوا عن تفكيرهم ترك التمريض بسبب العنف.

وأجرى **(**Shoghi, 2008**)**، دراسة بعنوان العنف والإساءة ضد الممرضات في مكان العمل في المستشفيات الإيرانية.

هدفت الدراسة إلى:

1-تحديد من هم المعتدين، واستكشاف أنماط ونسب العنف المبلغ عنها من قبل الممرضين والممرضات في إيران.

2- وصف طبيعة الأشخاص المعتدين، وتكرار حدوث العنف، ومكان وقوع العنف في المستشفيات.

3- التعرف إلى حالات عدم الإبلاغ عن العنف والإساءة.

4- التعرف إلى طبيعة الأدوات المستخدمة في العنف وخاصة في العنف الجسدي

5- العلاقة بين العمر والجنس من ناحية، وتكرار العنف الجسدي واللفظي.

6- العلاقة بين الخبرة الوظيفية، والموقع الوظيفي، والعنف.

تم إجراء هذه الدراسة من خلال توزيع 1500 استبيان على الممرضات والممرضين، في 20 مستشفى في إيران، وتم إعادة 1317 استبيان، وتم استثناء الممرضين والممرضات الذي تقل خبرتهم عن سنة.

وكان المعدل العمري للمبحوثين 35 سنة، موزعين على النوع الاجتماعي كما يلي 986 امرأة بنسبة 75%، و331 رجل بنسبة 25%، وتوصلت الدراسة إلى أن:

1- 72 % من الممرضين والممرضات، لم يتعرضوا للعنف الجسدي خلال سنوات عملهم.

2- 19%من الممرضين والممرضات، تعرضوا للعنف الجسدي مرة واحدة على الأقل، و4% تعرضوا للعنف الجسدي كل شـهر، و3% تعرضـوا للعنـف الجسدي كل أسبوع، و 1.4% تعرضوا للعنف الجسدي بشكل يومي.

3- 15%من الممرضين والممرضات، لم يتعرضوا للعنف اللفظي.

4- 22% تعرضوا للعنف اللفظي مرة واحدة على الأقل، و23% تعرضوا للعنف اللفظي بشكل شهري،21% للعنف اللفظي بشكل أسبوعي و 19.5% تعرضوا للعنف اللفظي بشكل يومي، أي أن 85% من المبحوثين قد تعرضوا للعنـف اللفظي خلال عملهم.

5- 62%من الممرضين والممرضات، قد شهدوا حالة مـن العنـف الجـسدي، يتعرض لها زملائهم في العمل.

6- 82% من الممرضين والممرضات، قد شهدوا حالة مـن العنـف اللفظـي، يتعرض لها زملائهم في العمل.

وحول نتائج العنف الذي تعرض له المبحوثين أظهرت الدراسة أن:

1- 66% لم يتعرض للأذى من المجموعتين.

2- 28 % تعرضوا للأذى بشكل قليل.

3- 4.4% احتاجوا لعناية ملحة بعد حادثة العنف.

4- 8% تأذوا بشكل كبير بعد العنف.

5- سجلت غالبية حالات العنف، أن العنف كان متبوعا أم عدم فعل شـيء أو بفعل شيء لم يرضى عنه الضحية.

وحول ساعات العمل المقررة من جراء العنف كشفت الدراسة بأن:

1- 68% من المجموعتين قد خسروا يوما عمل.

2- 2.2 % من المجموعتين قد خسروا شهرين من العمل.

3- كان معدل وقت العمل المفقود من جراء العنف هو 0.09% من كل يوم عمل.

وفيما يتعلق بالأدوات المستخدمة في العنف كانت كما يلي:

1- أكياس التغذية، الحقائب، أوعية الأقلام، الشفرات الجراحية، الزجاج، الهواتف، الأحذية، وأحياناً يتم استخدام الهجوم الجسدي دون استخدام أي أدوات.

وأجرى (lin, 2004) دراسة بعنوان آثر العنف في مكـان العمـل علـى الممرضات في جنوب تايوان.

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى ما يلي:

1- مدى انتشار العنف ضد الممرضات في موقع العمل في جنوب تايوان.
2- مدى ارتباط عمر الممرضات بالعنف في موقع العمل.
3- مدى ارتباط موقع عمل الممرضة في العنف في موقع العمل.
4- مدى ارتباط تعليم الممرضة في العنف في موقع العمل.
5- مدى ارتباط تدريب الممرضة (حول العنف في مكان العمل) بالعنف في مكان العمل.

وتم إجراء الدراسة من خلال توزيع 230 استبيان على الممرضات الإنـاث في 400 مستشفى في جنوب تايوان، وتم إعادة 205 استبيانات، أي بنسبة 94.8% من المشاركين في الدراسة، وكان المعدل العمري 25.4 سنة، وتكون أداة الدراسة (الاستبيان) من 32 سؤالاً تتعلق في تكرار العنف، مصدر العنف، نوع العنـف – نمطه- (جسدي، لفظي) وفقرات ديمغرافية تشمل: العمـر، التعلـيم، التـدريب المتعلق بالعنف في مكان العمل.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1- 54% من المستجيبات للدراسة، تعرضن للعنف اللفظـي، و13% تعرضـن للعنف الجسدي.
2- مصدر العنف اللفظي كان من المرضى بنسبة 38%، ومن عائلات المرضى
3- (المرافقين) 30%، ومن زملاء العمل 20%.
4- ثلثي المستجيبات للدراسة، أبلغن عن تعرضهن لحادثة عنف في مكان العمل.
5- أسباب العنف اللفظي كانت على النحو التالي: سؤ الفهم، وكانت نسبته 27%، ثمالة المرضى وعـائلاتهم 26%، المـشاكل الشخـصية للممرضـات مـع زميلاتهن في العمل 18%.
6- أهم أسباب العنف الجسدي كان الارتباك النفسي للمرضى، وبلغت نسبته 9%.

7- 40% من عينة الدراسة، أبلغن بأنهن تعرضن للعنف أكثر من مرة في مكان العمل.

8- انتشار العنف كان أكثر في الليل من النهار.

وأجرى (Merecz, 2006) دراسة بعنوان العنف في مكان العمل، دراسة مسحية على الممرضات في بولندا.

هدفت الدراسة إلى:

1- تحديد طبيعة أعمال العنف التي تتعرض لها الكوادر الطبية،ومدى تكرار هذه الأعمال.

2- تحديد مصدر العنف (مرتكبيه).

3- تقييم الآثار الناجمة عن العنف في مكان العمل.

تكونت عينة الدراسة من 446 ممرضة من العاملات في قسم الطب النفسي والأقسام الأخرى (قسم الجراحة، قسم الولادة، قسم الإسعاف والطوارئ)، حيث كانت نسبة الاستجابة للدراسة مرتفعة 93%، فاستجاب للدراسة 78 ممرضة من قسم الطب النفسي، ومن بينهن ذكر واحد، و335 ممرضة من الأقسام الأخرى، ومن بينهن خمسة ذكور.

وكان معدل الخبرة المهنية لممرضات الطب النفسي 15.7 سنة بانحراف معياري 7.4، فيما بلغ معدل الخبرة المهنية لممرضات الأقسام الأخرى 13.4 سنة بانحراف معياري 7.9.

وتوصلت الدراسة إلى ما يلي:

1- أن الدراسة تدعم الدراسات السابقة، في أن المرضى كانوا المصدر الرئيس للعنف الذي تتعرض له الممرضات العاملات في القطاع النفسي، والقطاعات الأخرى (الجراحة، الطوارئ، الولادة).

2- واحدة من عشر ممرضات من القطاعات الصحية غير النفسية (الجراحة، والولادة، والطوارئ)، تعرضن للعنف مرة واحدة على الأقل خلال نفس السنة.

3- الممرضات في قطاع الصحة النفسية، أكثر عرضة للعنف من غيرهن من القطاعات الأخرى.

كما أجرى (Kowalenko, 2005) دراسة بعنوان العنف في مكان العمل، دراسة مسحية للأطباء في ولاية ميشيغان الأمريكية.

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى انتشار العنف في مكان العمل لدى أطباء الطوارئ في ولاية ميشيغان الأمريكية خلال الأثنى عشر شهرا التي سبقت الدراسة.

وتم إجراء الدراسة من خلال توزيع استبيان بالبريد على عناوين الأطباء العاملين بالطوارئ، فتم توزيع 250 استبيان، تم إعادة 177 منها، وكانت ست استبيانات فارغة، وتم تحليل 171 إستبانة.

وتوصلت الدراسة إلى أن:

1- العنف اللفظي هو أكثر أشكال العنف التي يتعرض لها العاملين، حيث بلغت نسبته 75%.

2- أن الأطباء يشعرون بالقلق من جراء العنف المتزايد.

وأوصت الدراسة بضرورة توفير وسائل الحماية اللازمة للكوادر الطبية.

أجرى (Kwok, 2006) دراسة بعنوان العنف ضد الممرضات في مكان العمل في هونغ كونغ.

جاءت هذه الدراسة بعد حادثة فريدة؛ إذ حاولت إحدى الممرضات الانتحار بعد تعرضها للاعتداءات اللفظية والجسدية، وقد قام الباحث بإجراء الدراسة من خلال توزيع استبيان، قامت إدارة مستشفى (كوين ماري) بمساعدته في توزيعه، وجمعه، وكانت نسبة الاستجابة غير مرضية للباحث؛ حيث أجاب 25% من عينة الدراسة، وهي نسبة منخفضة، كما يرى الباحث بالمقارنة مع الدراسات السابقة في نفس الموضوع، حيث استجاب منها على التوالي (50%، 87%)، ويعزي الباحث الانخفاضات في نسبة الاستجابة، بأن الممرضات غالباً ما يكن في عمل دائم باستمرار.

وتوصلت الدراسة إلى أن 76% من المستجيبين، تعرضوا للعنف الجسدي و95%، تعرضوا للعنف اللفظي، وأن مرتكبي العنف غالبا ما يكونوا من المرضى وأقربائهم.

وأجرى (Biscaia, 2003) دراسة بعنوان أنماط العنف في مكان العمل، في قطاع الرعاية الصحية في البرتغال.

هدفت الدراسة إلى بيان أشكال العنف الأكثر شيوعاً في البرتغال، ومن هم الأشخاص الأكثر تعرضاً من العاملين في القطاعات الصحية.

وقدا استخدم الباحثان ثلاثة أساليب مهمة في هذه الدراسة وهي:

دراسة النتائج السابقة المتعلقة بالعنف ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية.

توزيع استبيان على المستشفيات، والمراكز الصحية، وكذلك دراسة حالة تعرضت للعنف.

إجراء مقابلات مع أصحاب العلاقة في العنف.

والدراسات التطابقية قامت على تحليل المحتوى، والوثائق والمواد الإعلامية، وبعد تحليل هذه المواد، أظهرت الدراسة بأن عوامل سؤ الأوضاع الأمنية، وساعات العمل الطويلة، هي من عوامل ازدياد العنف، وتحليل وثائق العنف الرأسي، اظهر بأن هناك 27 تقريرا رسميا عن العنف الذي تعرضت له الكوادر الطبية، وأن هذه الأحداث كانت موزعة بالتساوي: 9 أطباء تعرضوا للعنف، و9 ممرضات، و 9 من بقية الكوادر الطبية الأخرى، وبتحليل وثائق العمالة الوطنية، ظهرت هناك تسع مقالات عن العنف أظهرت بأن العنف كان ضد الأطباء بطريقة كبيرة ؛ حيث كان سبعة تقارير تشير إلى الاعتداء على الأطباء، وأن أكثر أنواع العنف انتشاراً، هو العنف الجسدي، وتم توزيع 277 استبيان على عمال المستشفى (العاملين فيه)، وكانت نسبة الاستجابة 80%، وأن اختلفت نسبة الاستجابة – من شخص إلى آخر، وكانت عدد الذكور المستجيبين 54، أي ما نسبته 20.1%، وعدد الإناث المستجيبات 214، أي ما نسبته 79.9%، ونسبة استجابة العمال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 30-44 هي (50.8%).

ووفقاً للمقابلات الشخصية التي أجراها الباحث وزملائه أظهرت الدراسة بأن العنف اللفظي في المرتبة الأولى وكذلك ازداد العنف الجسدي وهو في ازدياد منذ 13 عاماً.

وأجرت وحدة الشؤون الاقتصادية والسياسة الصحية في وزارة الصحة البريطانية، 2003، دراسة بعنوان العنف في مكان العمل، تجربة الأطباء في المملكة المتحدة.

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف مدى انتشار العنف ضد الأطباء وأثر هذا العنف على حياتهم. وتم إجراء هذه الدراسة من خلال وحدة البحوث الاقتصادية، والسياسة الصحية في الوزارة، من خلال مسح وطني بريدي لـ 3000 من الأطباء)، تم الطلب من الأطباء تجربة شخصية عن العنف في مكان العمل، بالإضافة إلى آرائهم وتصوراتهم للعنف في مكان العمل بشكل عام. وقد توصلت الدراسة إلى ما يلي:

1- ما يقارب نصف المستجيبين، أقر بوجود مشكلة العنف، مع اختلاف في تقديرهم لحجم المشكلة، من حيث اختصاص الطبيب.
2- أكثر من ثلث المستجيبين، تعرض لشكل من أشكال العنف في مكان العمل في العام الماضي. (أي قبل ستة شهور من إجراء الدراسة 2002).
3- غالبية المستجيبين، شهدت أعمال عنف وكان مرتكبي العنف أما المرضى، أو ذويهم، وما يقارب نصف المستجيبين يعلم من هو مرتكب الجريمة.
4- تقريباً كل المستجيبين كانوا ضحية لنوع من أنواع الشتائم في السنة الماضية (2002)، وكانت أنماط العنف على النحو التالي: التهديدات والشتائم،ثم الاعتداءات البدنية.
5- ربع المستجيبين كانوا يعانون من سوء المعاملة.
6- معظم الاعتداءات والعنف، تمت في غرف الانتظار.
7- ثم ذكر أسباب العنف وكانت: الأسباب شخصية، يليها عدم الرضا عن الخدمة المقدمة، تعاطي المخدرات والسموم.
8- ثلث حالات العنف لم تجد أي إجراء في أعقاب الحادث.

9- أكثر من ثلث المستجيبين، نظر إلى حجب العلاج عن المريض بسبب تهديد العنف.

10- أغلبية المستجيبين لم يحصلوا على أي تدريب على كيفية التعامل مع المرضى من العنف، على الرغم من أن ثلث الأطباء قلقون من احتمال تعرضهم إلى أعمال عنف من المرضى وأقاربهم.

11- أكثر من نصف المستجيبين أتخذ الاحتياطات المحتملة ضد العنف.

وأجرى (Elston, 2002) دراسة بعنوان العنف ضد الأطباء في بريطانيا:

هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على العنف الذي يتعرض له الأطباء، بوصفه مسألة تتعلق بالسياسة العامة في بريطانيا، مع الإشارة والتركيز على الأشخاص الممارسين لهذا العنف، وحاولت الدراسة التركيز على إدارة أنماط وحماية الضحايا، بدلاً من التركيز على حل الفاعلين والأفعال.

وتم إجراء هذه الدراسة من خلال توزيع 1000 استبيان، من خلال البريد، بالإضافة إلى إجراء مقابلات معمقة مع عينة فرعية.

وأظهرت الدراسة بأن الأطباء ليسوا متساوين في الرد على الاعتداءات، ولا هم متشددون، ويريدون وضع الجناة (مرتكبي الأفعال) تحت سيطرة السلطة القضائية، وهم يذهبون إلى تقدير السلوك الذي يرتكب عليهم، فيقدرونه ما بين المرض والجريمة.

وأجرى (J.C.Mackin, 2001) دراسة بعنوان العنف ضد أطباء الأطفال المتدربين.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى انتشار العنف بين أطباء الأطفال المتدربين؛ حيث كانت الدراسات الأخرى تركز على الأطباء في الأقسام الأخرى والطوارئ.

وأجريت هذه الدراسة في ثلاث مناطق في المملكة المتحدة هي: أيرلندا الشمالية، جنوب نهر التايمز، شمال غرب انجلترا، واشتملت على 713 طبيباً متدربا للأطفال، وأظهرت الدراسة بأن (90.7%) من أطباء الأطفال المتدربين قد تعرضوا للعنف بشكل عام.

وأن 41% قد تعرضوا للتهديد مرة واحدة على الأقل، وأن أكثر مـن 10% قالوا أن محاولة الاعتداء قد حدثت، وقد عبر 41 طبيباً عن قلقهم لدى العودة إلـى العمل بعد الحادث، وأن 10% من الأشخاص المستجيبين للدراسـة لـم يتلـق أي تدريب على إدارة العنف في المستشفيات، وأن 99% من الأشخاص المـستجيبين يعتقدون بأن التدريب الجيد هو فكرة حسنة في مواجهة العنف.

وأجرى **(** J Emarg, 1997 **)** دراسة مسحية بعنوان العنف الموجه نحـو الممرضات في أحد المستشفيات الكبيرة في ايرلندا، في أقسام الطوارئ والحوادث.

وهدفت الدراسة إلى التعرف إلى ما يلي:

1- نسبة تعرض الموظفين (الرعاية الصحية) من ذوي الخبرة إلى العنف البدني أو اللفظي أثناء عملهم في المستشفى.
2- مدى انتشار هذه الظاهرة (العنف).
3- نسبة العنف المبلغ عنه رسمياً.
4- آثر (التجربة في العمل والعمر) في التعرض للعنف.
5- آثر تدريب العاملين على التعامل مع العنف.

تم توزيع استبيان على الممرضات البالغ عددهن 36 ممرضـة، اسـتجاب منهن 27، ورفضت تسع ممرضات الاستجابة للاستبيان، ولم يوزع على الأطباء؛ لأنه لم يكن سوى طبيب واحد، وهو موظف بغير عقد وتوصلت الدراسة إلى مـا يلي:

1. نصف عدد الممرضات تعرضن للاعتداء الجسدي أو اللفظي.
2. ثلث عدد الممرضات تعرضن للاعتداء الجسدي أو اللفظي خلال (12) شـهر السابقة للدراسة.
3. اثنان فقط من المستجيبين للدراسة، لا يخشيان التعرض للاعتداء الجسدي.
4. 29% من الممرضات، لم يبلغن عن الاعتداءات التي تعرضن لها.

وأوصت الدراسة بما يلي: زيادة عدد ضباط الأمن، تركيب أجهزة الإنـذار الشخصية.

تشجيع الموظفين (العاملين في الرعاية الصحية) على الإبلاغ عـن جميـع حوادث الاعتداء رسمياً.

وأجرى (Fernandes, 1999) دراسة بعنوان العنف في أقـسام الطـوارئ، دراسة مسحية على العاملين في مجال الرعاية الصحية.

وهدفت الدراسة إلى التعرف إلى ما يلي:

1- مستوى العنف في قسم الطوارئ، وكذلك حـصول العمـال علـى الرعايـة الصحية.

2- وتحديد أثر العنف على العاملين في مجال الرعاية الصحية.

3- وأخيراً تحديد الآليات والاستراتيجيات الوقائية من العنف.

أجريت الدراسة في مستشفى سانت بول بعد الحصول على موافقـة لجنـة الأخلاقيات والحقوق في المستشفى، فتم توزيع 163 استبيان على جميع الموظفين في قسم الطوارئ خلال عام 1996، وقد أعيدت الاستبيانات في البريد لغاية عـام 1998، وقد صنف العنف إلى خمس درجات من ليس شديد إلى بـالغ الخطـورة، وقد استجاب للدراسة 106 موظفين من 163 أي ما نسبته 65%.

وتوصلت الدراسة إلى ما يلي:

1. 92% من المستجيبين للدراسة (102/94) تعرضوا للشتائم.
2. 97% من المستجيبين للدراسة (102/99) تعرضوا للاعتداء الجسدي.
3. 92% من المستجيبين للدراسة (101/93) تعرضوا للاعتداءات البدنية.
4. 68% من المستجيبين للدراسة أجابوا بأن العنف في تزايد مع مرور الوقت.

ومن الآثار التي ترتبت على العنف أن 12 من الكوادر الطبية تركت العمل في قسم الطوارئ وأن 25% أجابوا بأن الأداء الوظيفي قد ضعف بعـد حـوادث العنف وأن 73% من الكوادر الطبية كانوا يخشون من المرضى.

وتوصلت الدراسة إلى أن أسباب العنف تعود إلى

1- زيادة الاتصال مع المرضى وخاصة متعاطي المخدرات والكحول والمرضى العقليين.

2- طول فترة الانتظار.

3- الإجهاد الذي يلاقيه المرضى والبيئة غير المناسبة لمدة 24 ساعة0

الفصل الثالث

المنهجية والتصميم

يتضمن هذا الفصل وصفا لمنهجية وتصميم الدراسة، من حيث: وصف مجتمع الدراسة، وعينتها، وخصائص هذه العينة، وأداتها، وصدق هذه الأداة، وثباتها، وإجراءات الدراسة، وأساليب تحليل البيانات، (المعالجات الإحصائية).

3. 1 المنهجية

لقد تبنّت الدراسة منهجية المسح الاجتماعي وقد تم إجراء المسح المكتبي والإطلاع على الدراسات والبحوث النظرية والميدانية، لأجل بلورة الأسس والمنطلقات التي يقوم عليها الإطار النظري، والوقوف عند أهم الدراسات السابقة، التي تشكّل رافداً حيوياً في الدراسة بما تضمنته من محاور معرفية. أما على صعيد البحث الميداني، فقد تم إجراء المسح البحثي الاجتماعي الشامل، لجمع البيانات بواسطة أداة الدراسة وتحليل كافة البيانات المتجمعة من خلال المعالجات الإحصائية المتبعة للإجابة عن أسئلة الدراسة، وكان اعتماد الدراسة على الإستبانه التي تم تطويرها.

3. 2 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية في المملكة الأردنية الهاشمية، والبالغ عددها ثلاثون مستشفى موزعة على جميع محافظات المملكة، وتم استثناء ثلاث مستشفيات لعدم وجود أقسام إسعاف وطوارئ فيها، وهي(المركز الوطني للنفسية، المركز الوطني لتأهيل المدمنين، ومستشفى الكرامة)، كما تم استثناء مستشفى الكرك الحكومي حيث تم توزيع 30 استبانه على العاملين فيه من اجل قياس ثبات أداة الدراسة.

3. 3 عينة الدراسة

لقد تم اعتماد أسلوب المسح البحثي الشامل،فكانت عينة الدراسة هي مجتمعها حيث تم توزيع(1100) إستبانة على جميع أفراد العينة، فاسترجعت (989) إستبانة، وتم استبعاد (26) إستبانة؛ لعدم صلاحيتها للتحليل الإحصائي، ليصبح عدد الإستبانات الصالحة للتحليل (963) إستبانة، لتشكل ما ما نسبته (90%) من مجتمع الدراسة وعينتها، والجداول التالية تبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة:

جدول رقم (6)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرالنوع الاجتماعي

النوع الاجتماعي	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	663	%68.8
انثى	300	%31.2
المجموع	963	%100.0

تظهر البيانات الواردة في الجدول رقم (6) بان ثلثي افرادعينة الدراسة كانوا من الذكور (69%) في حين بلغت نسبة الاناث (31%)من عينة الدراسة.

جدول رقم (7)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرالمستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
إعدادي	3	%.3
ثانوي	45	%4.7
دبلوم	380	%39.5
بكالوريوس	449	%46.6
دبلوم عالي	18	%1.9
دراسات عليا	68	%7.1
المجموع	963	%100.0

تكشف البيانات الواردة في الجدول رقم (7) بان حوالي نصف عينة الدراسة (46.6%) من حملة درجة البكالوريس، وياتي في المرتبة الثانية حملة درجة الدبلوم وبنسبة(39.5 %) وان اقل نسبة هي لحملة الشهادة الاعدادية حيث بلغت(%0.3)

جدول رقم (8)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرالدولة التي تخرجت منها

اسم الدولة	العدد	النسبة المئوية
الاردن	767	%79.6
الدول العربية	65	%6.8
الدول الاسيوية	7	%.7
اوكرانيا	53	%5.5
الدول الاوروبية	66	%6.9
امريكا	4	%.4
استراليا	1	%.1
المجموع	963	%100

تظهر البيانات الواردة في الجدول رقم (8) بان غالبية افراد عينة الدراسـة (80%) قد احتصلوا على موهلاتهم العلمية من المملكة الاردنية الهاشـمية، وفـي المرتبة الثانية جاء خريجي الدول الاروبية والدول العربية (6.9%،6.8%)، ويليهم خريجي دولة اوكرانيا وبنسبة(5.5%)، واخيرا خريجي استراليا(1.%).

جدول رقم (9)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرالعمر

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
اقل من25	195	%20.2
من25-40	629	%65.3
اكبر من 40	139	%14.4
المجموع	963	% 100

تكشف البيانات الواردة في الجدول رقم(9) بان الفئة العمرية الاكثر انتـشارا هي الاعمار من(25-40) أي ان ثلثي عينة الدراسة(65.3%) تتراوح اعمارهم ما بين 25-40، وان خمس عينة الدراسة(20.2%) تقل اعمارهم عن 25 سـنة، وان اقل فئة الاعمارهي من تزيد اعمارهم عن40 سنة (14.4%).

الجدول رقم(10)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير اسم المستشفى الذي يعمل به المبحوث

الرقم المتسلسل	اسم المستشفى	العدد	النسبةالمئوية
1	مستشفى البشير	116	%12.0
2	مستشفىالامير حمزة	89	%9.2
3	م الدكتور جميل التوتنجي / سحاب	54	%5.6
4	مستشفى النديم	35	%3.6
5	مستشفى الأميرة سلمى / ذيبان	32	%3.3
6	مستشفى المفرق	43	%4.5
7	مستشفى النسائية والتوليد /المفرق	28	%2.9
8	مستشفى معان	28	%2.9
9	مستشفى الملكة رانيا / الشوبك	14	%1.5
10	مستشفى الزرقاء	40	%4.2
11	مستشفى الأمير فيصل / ياجوز	38	%3.9
12	مستشفى الأميرة بسمة / اربد	30	%3.1
13	مستشفى الأميرة بديعة / اربد	47	%4.9
14	مستشفى الأميرة رحمة / اربد	30	%3.1
15	مستشفى الأميرة إيمان / عجلون	23	%2.4
16	مستشفى جرش	36	%3.7
17	مستشفى اليرموك بني كنانة	23	%2.4
18	مستشفى الأميرة راية / ديرابي سعيد	21	%2.2

الرقم المتسلسل	اسم المستشفى	العدد	النسبةالمئوية
19	مستشفى الشونة الجنوبية	19	%2.0
20	مستشفى معاذ بن جبل	23	%2.4
21	مستشفى أبو عبيدة	33	%3.4
22	مستشفى الحسين / السلط	42	%4.4
23	مستشفى غور الصافي / الكرك	30	%3.1
24	مستشفى الرمثا	39	%4.0
25	مستشفى الأميرة إيمان / معدي	19	%2.0
26	مستشفى الرويشد	31	%3.2
المجموع		963	%100

تظهر البيانات الواردة في الجدول رقم(10) بان العاملين فـي قـسم الإسـعاف والطوارىء في مستشفى البشيرهم الاكثراستجابة للدراسة(12.0%)، ويـاتي فـي المرتبة الثانية مستشفى الامير حمزة (9.2%)، وان اقل نسبة كانت من العاملين في مستشفى الملكة رانيا/ الشوبك(1.5%)، وان بقية المستشفيات تتروح نسبة استجابة العاملين فيها ما بين (2%-4.9%).

جدول رقم (11)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرعدد سنوات العمل في المستشفى

عدد السنوات	العدد	النسبة المئوية
اقل من1سنة	170	%17.7
من1-3	266	%27.6
من4-6	186	%19.3
من 7-9	101	%10.5
من 10-12	79	%8.2
13 فأكثر	161	%16.7
المجموع	963	%100

تظهر البيانات الواردة في الجدول رقم (11) بان حوالي نصف عينة الدراسـة (45%) لديهم خبرة في العمل لغاية ثلاثة سنوات، وان حوالي ثلث عينة الدراسـة (30%) تتراوح سنوات عملهم ما بين(4-9) سنوات، وان حـوالي ربـع عينـة الدراسة (25%) تزيد سنوات عملهم عن 10 سنوات.

جدول رقم (12)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرالمهنة

المهنة	العدد	النسبة المئوية
طبيب	189	%19.6
صيدلي	61	%6.3
ممرض	506	%52.5
فني مختبر	97	%10.2
فني أشعة	43	%4.5
مهن إدارية	12	%1.2
محاسبة	55	%5.7
المجموع	963	%100

تكشف البيانات الواردة في الجدول رقم (12) بان حوالي نصف عينة الدراسـة (53%) هم من الممرضين، وان خمس عينة الدراسة (20%) مـن الاطبـاء، وان الجزء المتبقي هم من المهن الاخرى.

جدول رقم (13)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرالديانة

الديانة	العدد	النسبة المئوية
الإسلام	879	%91.3
المسيحية	84	%8.7
المجموع	963	%100.0

تظهر البيانات الواردة في الجدول رقم (13) بان غالبية أفراد عينة الدراسة يـدينون بالإسلام (91%)، وان (9%) يدينون بالمسيحية.

جدول رقم (14)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرعدد افراد الاسرة

عدد افراد الاسرة	العدد	النسبة المئوية
من1-3	272	% 28.2
من4-6	302	% 31.4
من7-9	319	% 33.1
من10 فأكثر	70	% 7.3
المجموع	963	%100.0

تكشف البيانات الواردة في الجدول رقم(14) بان حوالي ثلث افراد عينة الدراسة (33%) تتراوح اعداد افراد اسرهم ما بين (4-6) افراد، وان حوالي ثلث افراد عينة الدراسة (31.4%) تتراوح اعداد افراد اسرهم ما بين (7-9) افراد. وان اقل نسبة هي لمن تزيد اعداد افراد اسرهم عن 10 افراد (7%).

جدول رقم (15)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرالحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية
أعزب	401	%41.6
متزوج	552	%57.3
الرمل	6	%.6
مطلق	4	%.4
المجموع	963	%100.0

يظهر من الجدول رقم (15) بأن أكثر من نصف افراد عينـة الدراسـة (57.3%) من المتزوجين، وان (42%) من غير المتزوجين، وان نسبة قليلة جدا لا تتجاوز(1%) من المطلقين والارامل.

3. 4 أداة الدراسة

تم تطوير استبانه الدراسة اعتماداً على الإطار النظري، والدراسات السابقة في الموضوع، وتكونت الإستبانه مما يلي:

القسم الأول: ويتضمن المعلومات المعبرة عن خصائص عينة الدراسة، طبقـاً للمتغيرات الديمغرافية وهي: (اسم المستشفى الذي تعمل به، والنـوع الاجتمـاعي، والمستوى التعليمي، والدولة التي تخرجت منها، والعمر، والحالة الاجتماعية، وعدد أفراد الأسرة، والديانة، والمهنة، وسنوات العمل في المستشفى، والـدخل الـشهري بالدينار الأردني) وميزت بالأرقام من 1-15

القسم الثـاني: ويتضمن (95) فقرة ضمن مقياس (ليكـرت Likert) للخيـارات المتعددة الذي يحتسب أوزان تلك الفقرات بطريقة خماسية علـى النحــو الآتـي: الخيار (موافـق بـشـدة) ويمثــل (5 درجــات)، و(موافــق) ويمثــل (4 درجـات)، و(محايد) ويمثّل (3 درجات)، و(غير موافق) ويمثّل (درجتين)، و(غير موافق بشدة) يمثّل (درجة واحدة). وقد توزعت الفقرات أل (95) وكما هي موضحة أدناه: لتشمل المتغيرات المستقلة والمتغير التابع بمختلف أبعادهما، الفقرات مـن(1-69) ومن (84-95) وتقيس المتغير المستقلّ (العوامل المؤدية إلى حدوث العنف) و الفقرات من(70-83) تقيس المتغير المستقل (الآثار المترتبة على العنف).

القسم الثالث: ويتضمن سؤالا يحتوي على ثلاثة عشر فقرة تقـيس أنمـاط العنـف السائدة في المستشفيات الحكومية، ومرات التعرض للعنف0كما يحتوي على فقـرة تقيس من هو مرتكب العنف. وفقرة لقياس ما هـي الممتلكـات المتـضررة فـي المستشفيات.

القسم الرابع: يتضمن سؤالا مفتوحا حول ما هي الحلول الممكنة لمشكلة العنـف في المستشفيات من وجهة نظر عينة الدراسة.

جدول رقم(16)

متغيّرات الدراسة وأرقام الفقرات التي تقيسها

اسم البعد	تسلسل الفقرات
العوامل الإدارية	1، 2، 3، 7، 9،8، 10، 20، 30، 32، 35، 36، 37،،38، 39، 41،40، 42، 43، 44، 55، 61، 62، 67، 92،91،69، 95
العوامل الاجتماعية والثقافية	5، 11،6، 12 14،13، 15، 17،16، 18، 19، 21، 22، 24،23، 46، 47، 51، 57، 58، 59، 60، 68، 88، 89
العوامل الاقتصادية	48، 49، 86، 87
العوامل القانونية	50، 52، 53، 56،54
العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية	4، 25، 26، 27، 28، 29، 31، 33، 34، 85،84، 93، 94
العوامل المناخية	63، 64، 65، 66
الآثار المترتبة على العنف	70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 83،82
أنماط العنف السائدة في المستشفيات الحكومية	ثلاثة عشر فقرة

والمقياس المستخدم في الدراسة كان تدرجه على النحو التالي:

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

واستناداً إلى ذلك فإن قيم المتوسطات الحسابية التي وصلت إليها الدراسـة،

سيتم التعامل معها لتفسير البيانات على النحو التالي:

مرتفع	متوسط	منخفض
أعلى من 3.66	من 2033- 3.66	اقل من 2.33

وبناء على ذلك فإذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرات أكبر من (3.66) فيكون مستوى التصورات مرتفعاً، وهذا يعني موافقة أفراد المجتمع على الفقرة، أما إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي(2.33-3.66) فإن مستوى التصورات متوسط، وإذا كان المتوسط الحسابي أقلّ من(2.33) فيكون مستوى التصورات منخفضاً.

5.3 صدق أداة الدراسة

لقد تم عرض الإستبانه على(10) محكمين من أساتذة علم الاجتماع، والإدارة، والقياس والتقويم وعلم النفس، في الجامعات الأردنية وعدد من الأطباء العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية، وأعضاء هيئة التـدريس فـي الجامعات الأردنية، للتحقق من مدى صدق فقرات الإستبانه، وتم الأخذ بملاحظاتهم، وإعادة صياغة بعض الفقرات، وإجراء التعديلات المطلوبة، بشكل يحقـق التـوازن بين مضامين الإستبانه في فقراتها، وفضلاً عن ذلك، جرى عرض الإستبانه علـى عينة اختباريه قوامها(30) من العاملين في مستشفى الكرك الحكومي وهم من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، بغرض التعرف على درجة استجابة المبحوثين للإستبانه وعبروا عن رغبتهم في التفاعل مع فقراتها، مما أكد على صدق الأداة.

3. 6 ثبات أداة الدراسة

تم تطبيق أداة الدراسة على (30) فرداً من مجتمع الدراسة ومن خـارج عينة الدراسة،وتم حساب معامل الثبات باستخدام معادلة كرونباخ ألفا على مـستوى كل مجال والمجال الكلي، والجدول (17) يبين قيم معاملات الثبات.

جدول (17)

قيم معاملات الثبات لأدوات الدراسة

الأداة	المجالات	معامل الثبات
العوامل المؤدية لارتكاب العنف	العوامل الاجتماعية والثقافية	0.85
	العوامل القانونية	0.82
	العوامل الإدارية	0.88
	العوامل الاقتصادية	0.76
	العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية	0.82
	العوامل المناخية	0.72
	الكلي	0.91
الآثار المترتبة على العنف	-	0.89

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (17) الى أن معـاملات ثبـات أداة العوامل المؤدية لارتكاب العنف تراوحت بين (0.72 – 0.88) وللأداة ككل (0.91) كما بلغ معامل ثبات أداة الآثار المترتبة على العنف (0.89) مما يشير الـى أن أداة الدراسة تتمتع بمؤشرات ثبات مقبولة ومناسبة لإغراض الدراسة الحالية.

3-7 إجراءات الدراسة

بعد اخذ موافقة قسم علم الاجتماع وكلية الدراسات العليا في جامعة مؤتة على موضوع هذه الدراسة، تم التقدم بطلب إلى وزارة الصحة من اجل الحصول علـى الموافقة لإجراء الدراسة، حيث تم تحويل الطلب إلى لجنة أخلاقيات البحث العلمـي في وزارة الصحة، ووضعت هذه اللجنة عدة شروط للموافقة على إجراء الدراسـة، وهي: أن تكون الإستبانه مبوبة بالدعوة للمشاركة، وان يكتب في هذه الدعوة بـان المشاركة اختيارية، وان يلتزم الباحث بالإجابة على أسئلة المبحوثين مباشرة خـلال توزيع الإستبانه، وعلى الهاتف المثبت في دعوة المشاركة في بداية الإسـتبانه، وان لا تحتوي الدراسة على ما ينافي أخلاقيات البحث العلمي. وتـم الاسـتجابة لهـذه الشروط من خلال الإستبانه المرفق نسخة منها، وتم الحصول على موافقـة لجنـة

أخلاقيات البحث العلمي في وزارة الصحة المرفق نسخة منها. بعد الحصول على الموافقات اللازمة تم تنفيذ الدراسة من خلال زيارة أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية والالتقاء مع رؤساء أقسام الإسعاف والطوارئ، وما أمكن مع مدراء المستشفيات، وتم الشرح لهم عن أهداف الدراسة، ومدى الفائدة المتحققة من مشاركتهم فيها، وتم توزيع الإستبانه من قبل الباحث بمساعدة رؤساء أقسام الإسعاف والطوارئ، ومسولين الشفتات في أقسام الإسعاف والطوارئ، وتم استعادة الإستبانه بنفس الطريقة التي وزعت بها.

المعالجات الإحصائية: للإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار صحة فَرضِياتها تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتحليلي، وذلك باستخدام الرزمة الإحصائية (SPSS.16) وعلى النحو التالي.

1- مقاييس الإحصاء الوصفي(Descriptive statistic Measures) لوصف خصائص عينة الدراسة بالنسب المئوية، والإجابة على أسئلة الدراسة وترتيب الأبعاد تنازلياً

2- لاختبار صحة الفرضية الأولى والخامسة والسادسة والسابعة تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA).

3- لاختبار صحة الفرضية الثانية تم استخدام اختبار (T-test) للعينات المستقلة

4- لاختبار صحة الفرضية الثالثة تم استخدام تحليل التباين المتعدد **(** Multiple Anova).

5- لاختبار صحة الفرضية الرابعة تم استخدام:

6- تليل الانحدار المتعدد(Multiple Regression Analysis) لاختبار مدى صلاحية نموذج الدراسة، وتأثير المتغير المستقلّ، على المتغير التابع.

7- اختبار معامل تضخم التباين (Variance Inflation Factory)(VIF).

8- اختبار التباين المسموح(Tolerance) للتأكد من عدم وجود ارتباط عالٍ (Multicollinearity) بين المتغيرات المستقلّة.

9- اختبار معامل الالتواء (Skewness) وذلك للتأكد من أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي (Normal Distributions).

10- معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) للاتساق الداخلي للتحقق من ثبات أداة الدراسة.

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها وتوصياتها

1.4 عرض النتائج

فيما يلي عرض لنتائج التحليل الإحصائي الوصفي للبيانـات، وهـي قيمـة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والأهمية النسبية لجميع أبعاد الدراسة، والفقرات المكونة لكل بعد.

1.1.4 الإجابة عن أسئلة الدراسة:

الإجابة عن السؤال الأول:

ما العوامل المؤدية إلى حدوث العنف من وجهة نظر العـاملين فـي أقـسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن؟ للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية من وجهة نظر العاملين فـي أقـسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية في المملكة الأردنية الهاشمية، نحـو العوامـل المؤدية للعنف التالية:(العوامل الإدارية، والعوامل الثقافية والاجتماعية، والعوامـل الاقتصادية، والعوامل القانونية، والعوامل المتعلقة بالكوادر طبية، والعوامل المناخية الطبيعية)، والجدول (4) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (18)

المتوسّطات الحسابية والانحرافات المعياريّة من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل المؤدية للعنف

الرتبة	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	العوامل الثقافية والاجتماعية	3.7691	.40671	مرتفع
2	العوامل القانونية	3.6972	.56083	مرتفع
3	العوامل الإدارية	3.68	.41217	مرتفع
4	العوامل الاقتصادية	3.4128	.74569	متوسط
5	العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية	3.3678	.51876	متوسط
6	العوامل المناخية	3.3048	.77834	متوسط

-	الكلي	3.5284	.40642	متوسط

يبين الجدول رقم (18) أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل المؤدية للعنف: (عوامل إدارية، عوامل ثقافية اجتماعية، عوامل اقتصادية، عوامل قانونية، كوادر طبية) جاءت وعلى المستوى الكلي بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الكلّي (3.52) وبانحراف معياري (0.40)، وقد احتّلت العوامل (الثقافية الاجتماعية) المرتبة الأولى بين هذه العوامل وبدرجة موافقة مرتفعة، بمتوسط حسابي بلغ (3.76)، وجاء بالمرتبة الثانية العوامل (القانونية) وبدرجة موافقة مرتفعة أيضا، و بمتوسط حسابي بلغ (3.69)، في حين جاء في المرتبة الثالثة العوامل (الإدارية) وبدرجة موافقة مرتفعة بمتوسط حسابي بلغ (3.68)، وفي المرتبة الرابعة جاءت العوامل (الاقتصادية) وبموافقة متوسطة وبمتوسط حسابي بلغ (3.41)، واحتل العامل المتعلق (بالكوادر الطبية) المرتبة الخامسة بموافقة متوسطة وبمتوسط حسابي بلغ (3.36)، وفي المرتبة السادسة والأخيرة جاءت العوامل (المناخية) بمتوسط حسابي (3.30) وبدرجة موافقة متوسطة أيضا. وفيما يلي عرض تفصيلي من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل المؤدية للعنف وعلى النحو التالي:

أولا: العوامل الثقافية والاجتماعية:

جدول (19)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل الثقافية والاجتماعية.

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة: موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	16	دخول المرافقين إلى صالات العلاج يؤدي إلى حدوث العنف	65.8	28.7	2.8	1.9	0.8	4.57	0.717	مرتفعة

2	15	زيادة عدد المـرافقين للمـريض يؤدي إلى حدوث العنف	64.1	30.0	3.8	1.3	0.7	4.55	0.702	مرتفعة
3	47	الإجراءات العشائرية التي تعقـب العنف تؤدي إلى تكراره	54.9	32.1	8.4	3.8	0.7	4.37	0.848	مرتفعة
4	51	التوعية الصحية للمواطنين تؤدي إلى تقليل العنف	49.4	41.2	5.8	3.0	0.5	4.36	0.768	مرتفعة
5	18	سلوك المـرافقين مـع الكـوادر الطبية يؤدي إلى حدوث العنف	47.4	42.6	5.6	3.3	1.1	4.32	0.816	مرتفعة
6	17	الاعتقاد لدى المرافقين بان إثارة العنف تؤدي إلى زيادة الاهتمـام بالمريض	2.7	4.5	6.0	33.4	53.4	4.30	0.962	مرتفعة
7	58	العقلية القبلية (الجماعية) تـؤدي إلى حدوث العنف	48.5	38.6	7.6	3.9	1.3	4.29	0.870	مرتفعة

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
			موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
8	46	الثقافة الاجتماعية المتساهلة مع العنف تؤدي إلى حدوثه	46.3	37.2	11.4	4.3	0.8	4.24	0.875	مرتفعة
9	60	هناك أشخاص يشتركون بالعنف على سبيل النخوة (ليس لهم دخل بالمشكلة)	38.3	45.0	9.6	6.1	1.0	4.13	0.894	مرتفعة
10	13	المرافقون الذكور أكثر إثارة للعنف	42.9	37.2	10.9	6.9	2.2	4.12	0.998	مرتفعة
11	57	زيادة أعداد المرافقين يعتبر نوع من المجاملات الاجتماعية	42.1	39.6	9.2	5.8	3.3	4.11	1.016	مرتفعة
12	45	تعيين أخصائيين اجتماعيين للتعامل مع المرضى والمرافقين يؤدي إلى تقليل العنف	35.1	44.8	11.6	5.2	3.3	4.03	0.987	مرتفعة
13	68	الواسطة والمحسوبية في التعامل مع المرضى تؤدي إلى حدوث العنف	35.6	41.0	14.3	6.7	2.3	4.01	0.988	مرتفعة
14	11	قلة الدراية الطبية للمريض تؤدي إلى حدوث العنف	37.5	38.0	9.6	10.7	4.3	3.94	1.131	مرتفعة
15	19	خوف المرافقين على مريضهم يدفعهم إلى دخول صالات العلاج	29.3	43.3	12.7	12.4	2.4	3.85	1.052	مرتفعة
16	59	الإجراءات العلاجية المتعلقة بالنساء بدون وجود ممرضة (مرافقة) تؤدي إلى حدوث العنف	26.2	43.4	17.2	9.8	3.4	3.79	1.044	مرتفعة

الرتبة	الفقرة		النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة	سط	المتو	ف	الانحرا	درجة

		نص الفقرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
17	21	يحدث العنف عندما يكون المريض ومرافقيه من سكان المدينة	21.1	26.0	28.0	22.2	2.7	3.40	1.127	متوسطة
18	24	يحدث العنف عندما يكون المريض ومرافقيه من سكان المخيم	20.7	23.9	29.1	22.1	4.3	3.35	1.157	متوسطة
19	90	يحدث العنف عندما يكون المراجعون من الطبقة الاجتماعية الدنيا	16.9	25.5	31.4	18.3	7.9	3.25	1.170	متوسطة
20	14	المرافقون الإناث أكثر إثارة للعنف	19.6	22.0	26.5	26.5	5.4	3.24	1.196	متوسطة
21	05	يحدث العنف إذا كان المريض ذكرا	15.0	27.8	23.8	28.0	5.4	3.19	1.157	متوسطة
22	22	يحدث العنف عندما يكون المريض ومرافقيه من سكان القرى	13.9	24.0	34.2	22.7	5.2	3.19	1.094	متوسطة
23	23	يحدث العنف عندما يكون المريض ومرافقيه من سكان البادية.	15.1	16.8	35.7	26.2	6.2	3.08	1.130	متوسطة
24	89	يحدث العنف عندما يكون المراجعون من الطبقة الاجتماعية المتوسطة	8.8	23.2	41.8	19.3	6.9	3.08	1.023	متوسطة
25	06	يحدث العنف إذا كان المريض أنثـى	10.1	22.7	33.4	29.0	4.8	3.04	1.054	متوسط

الرتبة	الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة

		نص الفقرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
26	12	يحدث العنف إذا كان المريض يعاني من أمراض سابقة(له سيرة مرضية)	9.8	21.7	30.8	32.9	4.8	2.99	1.062	متوسطة
27	88	يحدث العنف عندما يكون المراجعون من الطبقة الاجتماعية العليا	11.9	17.2	34.1	26.0	10.8	2.94	1.157	متوسطة
-	-	الكلي						3.7691	0.40671	مرتفعة

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (19) إلى إن المتوسط العام من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل الثقافية الاجتماعية جاء بدرجة مرتفعة، وبمتوسط حسابي بلغ (3.76).

وقد احتلت المرتبة الأولى والثانية كل من الفقرة رقم (16)" دخول المرافقين إلى صالات العلاج يؤدي إلى حدوث العنف. "والفقرة رقم (15)" زيادة عدد المرافقين للمريض يؤدي إلى حدوث العنف "بمتوسط حسابي وعلى التوالي(4.57). (4.55) وهي تعكس درجة موافقة مرتفعه من قبل المبحوثين، في حين جاء بالمراتب الأخيرة كل من الفقرة (88)"يحدث العنف عندما يكون المراجعون من الطبقة الاجتماعية العليا. "والفقرة (12) "يحدث العنف إذا كان المريض يعاني من أمراض سابقة (له سيرة مرضية) "بمتوسط حسابيي، وعلى التوالي (2.94) (2.99) وبدرجة موافقة متوسطة.

ثانيا: العوامل القانونية:

جدول (20)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في

المستشفيات الحكومية للعوامل القانونية.

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
			النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة							
1	52	معرفة المريض ومرافقيه للعقوبات المترتبة على العنف تؤدي إلى تقليل العنف	53.3	36.8	5.2	4.2	0.5	4.38	0.808	مرتفعة
2	50	معرفة المريض لحقوقه وواجباته يؤدي إلى تقليل العنف	43.8	46.1	5.1	3.4	1.6	4.27	0.832	مرتفعة
3	53	الإجراءات القانونية التي اتخذت مع حالات العنف السابقة تؤدي إلى تكراره	37.2	32.2	12.0	14.5	4.0	3.84	1.189	مرتفعة
4	54	الإجراءات القانونية التي اتخذت مع حالات العنف السابقة تؤدي إلى التقليل من حدوثه	19.3	31.8	13.0	21.5	14.4	3.20	1.358	متوسطة
5	56	التشريعات القانونية الحالية كافية لردع الأشخاص الذين يرتكبون العنف	14.0	20.0	16.6	29.7	19.6	2.79	1.342	متوسطة
-	-	الكلي						3.6972	0.56083	مرتفعة

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (20) إلى إن المتوسط العام من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل القانونية جاء بدرجة مرتفعة وبمتوسط حسابي بلغ (3.69)، وقد احتلت المرتبة الأولى والثانية كل من الفقرة رقم (52) "معرفة المريض ومرافقيه للعقوبات المترتبة على العنف تؤدي إلى تقليل العنف "، والفقرة رقم(50)" معرفة المريض لحقوقه وواجباته يؤدي إلى تقليل العنف " بمتوسط حسابي، وعلى التوالي(4.38) (4.27) وهي تعكس درجة موافقة مرتفعه من قبل المبحوثين، في حين جاء بالمراتب الأخيرة كل من الفقرة (56)"التشريعات القانونية الحالية كافية لردع الأشخاص الذين يرتكبون العنف "والفقرة (54) "الإجراءات القانونية التي اتخذت مع حالات العنف السابقة تؤدي إلى

التقليل من حدوثه "بمتوسط حسابيي، وعلى التوالي (2.79) (3.20) وبدرجة موافقة متوسطة.

ثالثا: العوامل الإدارية:

جدول (21)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل الإدارية.

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة: موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	69	وضع حواجز تحول دون دخول المرافقين لصالات العلاج يؤدي إلى تقليل العنف	49.5	38.3	6.7	3.7	1.7	4.30	0.878	مرتفعة
2	01	أغلب الكوادر الطبية التي تتعرض للعنف هي التي تعمل بنظام الشفتات	45.3	40.8	7.5	5.6	0.8	4.24	0.877	مرتفعة
3	07	يحدث العنف نتيجة لكثرة عدد الحالات التي تراجع أقسام الطوارئ	54.6	28.9	4.7	8.8	3.0	4.23	1.079	مرتفعة
4	42	عدم توفر أسرة تستوعب كافة الحالات يؤدي إلى حدوث العنف	41.4	44.4	8.0	5.3	0.8	4.20	0.860	مرتفعة

5	43	صعوبة إجراءات التحويل من مستشفى لأخر تؤدي إلى حدوث العنف	40.5	44.7	9.6	4.6	0.7	4.20	.8430	مرتفعة
6	61	وجود رجال الأمن (الشرطة) في صالات العلاج يؤدي إلى تقليل العنف	47.1	36.4	7.0	6.1	3.3	4.18	1.027	مرتفعة
7	39	تصميم مبان تتوفر فيها وسائل الراحة للمرافقين يؤدي إلى تقليل العنف	38.2	45.0	9.1	6.6	1.0	4.13	0.904	مرتفعة
8	38	إبلاغ ذوي المريض بطريقة مفاجأة عن حالات الوفاة يؤدي إلى حدوث العنف	37.8	42.5	11.1	6.9	1.8	4.08	0.958	مرتفعة

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
			موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
10	67	عدم وجود مرافقة أمنية (رجال الشرطة) للأشخاص أرباب السوابق الأمنية في صالات العلاج يؤدي إلى حدوث العنف	36.8	42.3	12.3	7.0	1.8	4.05	0.962	مرتفعة
11	36	التأخر في مباشرة الإجراءات العلاجية للمريض لدى وصوله يؤدي إلى حدوث العنف	32.9	48.4	8.0	7.1	3.6	4.00	1.010	مرتفعة
12	30	الرضا الوظيفي للعاملين يؤدي إلى تقليل العنف	35.6	41.7	12.1	7.7	2.8	4.00	1.019	مرتفعة
13	44	عدم توفر وسائل نقل كافية للمرضى يؤدي إلى حدوث العنف	30.6	47.6	12.9	7.6	1.3	3.99	0.928	مرتفعة
14	41	عدم كفاية الأجهزة الطبية يؤدي إلى حدوث العنف	33.4	43.7	11.7	8.9	2.2	3.97	1.003	مرتفعة
15	03	عمل الأطباء لفترات طويلة خلال المناوبة يؤدي إلى حدوث العنف	39.3	35.3	10.8	11.8	2.8	3.96	1.107	مرتفعة
16	02	عدم وجود استراحة خلال فترات العمل تؤدي إلى حدوث العنف	35.4	39.9	9.3	12.7	2.7	3.93	1.092	مرتفعة
17	40	عدم صلاحية الأجهزة الطبية يؤدي إلى حدوث العنف	32.4	42.6	11.5	10.6	2.9	3.91	1.057	مرتفعة

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
			موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
18	35	الحوافز المادية للعاملين في أقسام الطوارئ يؤدي إلى تقليل العنف	32.0	32.5	18.0	13.2	4.4	3.75	1.165	مرتفعة
19	37	عدم وجود جهة محددة لإبلاغ ذوي المريض عن خطة العلاج يؤدي إلى حدوث العنف	19.4	49.3	17.1	12.0	2.1	3.72	0.978	مرتفعة
20	20	يحدث العنف إذا كان المريض من أرباب السوابق الاجرامية	25.9	31.9	22.3	17.0	2.9	3.61	1.128	متوسطة
21	91	تعامل إدارة المستشفى مع شكاوى المواطنين يؤدي إلى تقليل العنف	22.7	37.0	15.9	13.6	10.8	3.47	1.275	متوسطة
22	10	يحدث العنف إذا كانت الحالات التي تراجع أقسام الطوارئ غير طارئة	20.6	32.3	21.3	20.9	5.0	3.43	1.172	متوسطة
23	92	زيادة أعداد الآسرة يؤدي إلى تقليل العنف	21.4	29.0	19.7	22.9	7.0	3.35	1.238	متوسطة
24	62	وجود رجال أمن (شركات الأمن والحماية) في صالات العلاج يؤدي إلى تقليل العنف	23.3	29.1	12.4	21.0	14.3	3.26	1.392	متوسطة
25	32	تعدد الاختصاصات التي تقدم العلاج للمريض يؤدي إلى حدوث العنف	10.4	27.3	23.9	30.6	7.8	3.02	1.143	متوسطة

الرتبة	رقم	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة	-	المتوس	= -	ف	الانحرا	درجة

			موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
26	09	يحدث العنف إذا كانت الحالات التي تراجع أقسام الطوارئ(طارئة فعلا)	11.5	24.4	15.0	32.8	16.3	2.82	1.286	متوسطة
27	55	النقابات المهنية قادرة على حماية منتسبيها من العنف	11.3	21.0	15.6	27.6	24.5	2.67	1.346	متوسطة
28	08	جميع الحالات التي تراجع أقسام الطوارئ تكون طارئة	4.2	7.7	6.4	42.7	39.0	1.95	1.065	ضعيفة
-	-	الكلي						3.68	0.41217	مرتفعة

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم(21) إلى أن المتوسط العام من وجهة نظر العاملين في أقسام الإساف والطوارئ في المستشفيات الحكومية الإدارية جاء بدرجة مرتفعة وبمتوسط حسابي بلغ (3.68). وقد احتلت المرتبة الأولى والثانية كل من الفقرة رقم (69)" وضع حواجز تحول دون دخول المرافقين لصالات العلاج يؤدي إلى تقليل العنف"، والفقرة رقم (1)" أغلب الكوادر الطبية التي تتعرض للعنف هي التي تعمل بنظام الشفتات ". بمتوسط حسابي وعلى التوالي (4.30) (4.24)، وهي تعكس درجة موافقة مرتفعه من قبل المبحوثين، في حين جاء بالمراتب الأخيرة كل من الفقرة (8)" جميع الحالات التي تراجع أقسام الطوارئ تكون طارئة"، بمتوسط حسابي (1.95) وبدرجة موافقة ضعيفة والفقرة (55) " النقابات المهنية قادرة على حماية منتسبيها من العنف " بمتوسط حسابيي (2.67) وبدرجة موافقة متوسطة.

رابعا: العوامل الاقتصادية:

جدول (22)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ

في المستشفيات الحكومية للعوامل العوامل الاقتصادية.

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة: موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	48	عدم توفر أجور العلاج مع المريض يؤدي إلى حدوث العنف	27.3	48.3	11.6	11.1	1.7	3.88	0.985	مرتفعة
2	49	ارتفاع تكاليف العلاج يؤدي إلى حدوث العنف	25.9	37.5	16.4	15.6	4.7	3.64	1.158	متوسطة
3	86	يحدث العنف عندما يكون المراجعون من المستوى الاقتصادي المنخفض	14.3	28.6	28.9	19.6	8.6	3.20	1.166	متوسطة
4	87	يحدث العنف عندما يكون المراجعون من المستوى الاقتصادي المرتفع	11.6	16.7	34.3	26.8	10.6	2.92	1.148	متوسطة
-	-	الكلي						3.41	0.74569	متوسطة

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (22) إلى أن المتوسط العام من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكوميـة للعوامـل الاقتـصادية جاءت بدرجة متوسطة وبمتوسط حسابي بلغ (3.41)، وقد احتلت المرتبـة الأولـى والثانية كل من الفقرة رقم (48)" عدم توفر أجور العلاج مع المريض يـؤدي إلـى حدوث العنف".

بمتوسط حسابي (3.88) وبموافقة مرتفعة والفقرة رقم (49)" ارتفاع تكاليف العلاج يؤدي إلى حدوث العنف ".بمتوسط حسابي(3.64) وبموافقة متوسطة من قبل المبحوثين، في حين جاء بالمراتب الأخيرة كل من الفقـرة (87)" يحـدث العنـف عندما يكون المراجعون من المستوى الاقتصادي المرتفع. "بمتوسط حسابي (2.92)

وبدرجة موافقة متوسطة والفقرة (86) "يحدث العنف عندما يكون المراجعون مـن المستوى الاقتصادي المنخفض. " بمتوسط حسابي (3.20) وبدرجة موافقة متوسطة أيضا.

خامسا: العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية:

جدول (23)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل المتعلقة بالكوادر الطبية.

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
			موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
1	94	حسن مهارات الاتصال لدى الكـوادر الطبيـة يؤدي إلى تقليل العنف	40.2	46.5	8.9	2.7	1.7	4.21	0.840	مرتفعة
2	29	عدم تجـاوب الكـوادر الطبية مع الأشـخاص الراغبين في الحـصول على الأدوية (المخدرة) المحظورة إلا بوصـفة يؤدي إلى حدوث العنف	40.2	36.1	12.0	8.9	2.7	4.02	1.060	مرتفعة

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
			موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			

3	93	عدم تـوفر عمـال نقالـة مدربين لإسعاف المريض يؤدي إلى حدوث العنف	26.5	45.8	16.8	9.0	1.9	3.86	0.972	مرتفعة
4	33	حصول الأخطاء الطبيـة يؤدي إلى حدوث العنف	26.3	45.6	13.1	10.9	4.2	3.79	1.077	مرتفعة
5	04	طبيعة عمل الكوادر الطبية هـي التـي تـؤدي إلـى تعرضها للعنف	28.9	36.3	11.7	18.3	4.8	3.66	1.206	متوسطة
6	34	عدم المحافظة على سرية المعلومـات الخاصـة بالمريض يؤدي إلى حدوث العنف	14.4	35.0	20.8	21.0	8.8	3.25	1.195	متوسطة
7	27	الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ مـن ذوي الخبرة الحديثة	11.9	35.1	21.0	24.8	7.2	3.20	1.151	متوسطة
8	31	كثرة اسـتخدام الهواتـف الخلوية من قبل الكـوادر الطبية أثناء العمل يـؤدي إلى حدوث العنف	12.9	36.1	18.8	22.6	9.6	3.20	1.207	متوسطة
9	84	تتعامل الكوادر الطبية مع حدوث العنف علـى أنـه حالة عرضية يمكن تحملها	14.2	31.9	18.2	23.7	12.0	3.13	1.262	متوسطة

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
			موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			

10	28	قلة خبرة العاملين في أقسام الطوارئ تؤدي إلى حدوث العنف	13.4	31.2	17.9	26.2	11.4	3.09	1.249	متوسطة
11	85	تتعامل الكوادر الطبية مع حدوث العنف على أنه مشاجرة بين طرفين	14.6	27.4	20.2	27.3	10.4	3.09	1.242	متوسطة
12	25	الحوافز المادية للعاملين في أقسام الطوارئ يؤدي إلى تقليل العنف	16.1	20.2	12.0	31.7	19.9	2.81	1.388	متوسطة
13	26	التأخر في مباشرة الإجراءات العلاجية للمريض لدى وصوله يؤدي إلى حدوث العنف	6.9	18.4	11.0	43.5	20.2	2.48	1.198	متوسطة
-	-	الكلي						3.3678	.51876	متوسطة

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (23) إلى إن المتوسط العام من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل المتعلقة بالكوادر الطبية، جاء بدرجة متوسطة،وبمتوسط حسابي بلغ (3.36). وقد احتلت المرتبة الأولى والثانية كل من الفقرة رقم (94)" حسن مهارات الاتصال لدى الكوادر الطبية يؤدي إلى تقليل العنف. "والفقرة رقم (29)" عدم تجاوب الكوادر الطبية مع الأشخاص الراغبين في الحصول على الأدوية (المخدرة) المحظورة إلا بوصفة يؤدي إلى حدوث العنف. "بمتوسط حسابي وعلى التوالي (4.21) (4.02) وهي تعكس درجة موافقة مرتفعة من قبل المبحوثين، في حين جاء بالمراتب الأخيرة كل من الفقرة (26)" عدد الأطباء كاف للقيام بالعمل. "والفقرة (25) " أعداد الكوادر الطبية(غير الأطباء) كافية للقيام بالعمل. " بمتوسط حسابي وعلى التوالي (2.48) (2.81) وبدرجة موافقة متوسطة.

سادسا: العوامل المناخية الطبيعية:

جدول (24)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل المناخية الطبيعية.

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة: موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	65	أغلب حالات العنف تحدث في الليل	24.4	34.2	27.4	12.1	1.9	3.67	1.032	مرتفعة
2	63	أغلب حالات العنف تحدث في فصل الصيف	19.7	24.2	34.8	17.4	3.8	3.39	1.101	متوسطة
3	66	أغلب حالات العنف تحدث في النهار	13.9	22.3	38.0	21.9	3.8	3.21	1.054	متوسطة
4	64	أغلب حالات العنف تحدث في فصل الشتاء	9.0	14.8	44.2	26.6	5.3	2.96	.993	متوسطة
-	-	الكلي	-	-	-	-	-	3.3048	.77834	متوسطة

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم(24) إلى أن المتوسط العام من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للعوامل المناخية الطبيعية جاءت بدرجة متوسطة، وبمتوسط حسابي بلغ (3.30). وقد احتلت المرتبة الأولى والثانية كل من الفقرة رقم (65)" أغلب حالات العنف تحدث في الليل " بمتوسط حسابي (3.67) وبموافقة مرتفعة، والفقرة رقم (63)" أغلب حالات العنف تحدث في فصل الصيف " بمتوسط حسابي(3.39) وبموافقة متوسطة من قبل المبحوثين، في حين جاء بالمراتب الأخيرة كل من الفقرة (64)" أغلب حالات العنف تحدث في فصل الشتاء"، بمتوسط حسابي (2.96) وبدرجة موافقة متوسطة والفقرة (66)

"أغلب حالات العنف تحدث في النهار "، بمتوسط حسابي (3.21) وبدرجة موافقة متوسطة أيضا.

للإجابة عن السؤال الثاني: ما مدى انتشار العنف بين الكوادر الطبية العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية ؟ تم استخراج النسب المئوية والتكرارات لاستجابات أفراد عينة الدراسة لعدد مرات التعرض للعنف، وبأشكاله المختلفة، وتبين أن (780) من أصل أفراد عينة الدراسة الكلي (963) قد تعرضوا للعنف ولو لمرة واحدة على الأقل، وشكلات ما نسبته (82%) من العاملين في أقسام الطوارئ، وأن (104) أجابوا بعدم تعرضهم للعنف وهم يشكلون ما نسبته (11%) من أفراد عينة الدراسة، في حين (79) فرد لم يجيبوا بنعم أو لا، بتعرضهم للعنف، وهم يشكلون ما نسبته (7%).

للإجابة عن السؤال الثالث: ما هي أنماط العنف السائدة في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية ؟ للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج النسب المئوية والتكرارات لأنماط العنف(النفسية، الجسدية) التي تعرضت لها الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية من أفراد عينة الدراسة والجدول رقم (25) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (25)

أنماط العنف السائدة في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية

أنماط العنف	الرتبة	النسبة المئوية
العنف النفسي	2	%42
العنف الجسدي	1	%58
الكلي	-	%100

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (25) إلى أن العنف الجسدي هو أكثر أنماط العنف التي يتعرض لها العاملون في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية من الكوادر الطبية، حيث بلغت نسبة الأفراد الذين تعرضوا إلى مثل هذا النوع من

العنف(58 %) في حين بلغت نسبة الأفراد الذين تعرضوا للعنف النفسي بأشـكاله المختلفة (42 %). وفيما يلي عرضا تفصيليا لكل نمط من هذه الأنماط.

أولا: العنف النفسي:

جدول رقم (26)

أنماط العنف النفسي التي يتعرض لها الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية

نمط العنف النفسي	الرتبة	النسبة المئوية
السب والشتم	1	%38
التهديد	2	%32
البصق	3	%15
التحقير	4	%7
السخرية والتهكم	5	%5
إشهار السلاح	6	%3
الكلي	-	%100

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (26) إلى أن أكثر أشكال أنماط العنف النفسي التي تتعرض لها الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية، هو(السب والشتم) وبنسبة(38%)، في حين جاء بالمرتبة الثانية (التهديـد) وبنـسبة (32%) وفي المرتبة الثالثة (البصق) وبنسبة (15%)، وفي المرتبـة الرابعـة (التحقيـر) وبنسبة (7%)، وفي المرتبة الخامسة فقد جاء (السخرية والتهكم) وبنسبة (5%) وفي المرتبة السادسة والأخيرة فقد جاء (إشهار السلاح) وبنسبة (3%).

ثانيا: العنف الجسدي:

جدول رقم (27)

أنماط العنف الجسدي التي تتعرض لها الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية

نمط العنف النفسي	الرتبة	النسبة المئوية
الضرب باليد	1	%26

الدفع(الدفش)	2	%21
الركل	3	%18
الضرب بأداة	4	%11
الاحتجاز	5	%10
الإلقاء على الأرض	6	%7
إطلاق النار	7	%7
الكلي	-	%100

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (27) إلى أن أكثر أشكال أنماط العنف الجسدي التي تتعرض لها الكوادر الطبية العاملة في المستـشفيات الحكوميـة هـو (الضرب باليد) وبنسبة(26%)، في حين جاء بالمرتبة الثانية (الـدفع) وبنـسبة (21%)، وفي المرتبة الثالثة (الركل) وبنـسبة (18%)، وفـي المرتبـة الرابعـة (الضرب بأداة) وبنسبة (11%)، وفي المرتبة الخامسة (الاحتجاز) وبنسبة (10%) وفي المرتبة الأخيرة جاءت أنماط العنف الممثلة بـ (الإلقاء على الأرض) (إطلاق النار) وبنسبة (7%) لكل منهما.

للإجابة عن السؤال الرابع:

من هم مرتكبي العنف من وجهـة نظـر الكـوادر الطبيـة العاملـة فـي المستشفيات الحكومية ؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج النسب المئوية والتكـرارات لتقـديرات أفراد عينة الدراسة والجدول رقم (14) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (28)

مرتكبي العنف من وجهة نظر الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية

مرتكب العنف	التكرارات	النسب المئوية
المريض	216	%22.4
المرافق	747	%77.6

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (28) إلى أن 22.4% أي خمس أفراد عينة الدراسة أشاروا إلى أن مرتكب العنف هو المريض، في حين أشارت الغالبية

العظمى (77.6%) من أفراد عينة الدراسة إلى أن مرتكبي العنف هـو المرافـق للمريض.

للإجابة عن السؤال الخامس:

ماهي الآثار المترتبة على العنف من وجهة نظر الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ ؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسـطات الحـسابية والانحرافـات المعيارية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية فـي المملكة الأردنية الهاشمية للآثار المترتبة على العنف والجدول رقـم(29) يوضـح نتائج ذلك.

جدول (29)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للآثار المترتبة على العنف

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفـراد عينة الدراسة على فئات الأداة: موافق بشدة	موافق	محايد	غيـر موافق	غيـر موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	70	يؤدي حدوث العنـف إلى الإضرار بممتلكات المستشفى	66.8	29.5	2.6	0.9	0.2	4.62	0.608	مرتفعة
2	75	العنف يجعل الكـوادر الطبية متـوترة فـي العمل	53.3	38.2	5.6	2.5	0.4	4.41	0.745	مرتفعة
3	71	العنف يجعلك تفكر في النقل من قسم الطوارئ	54.4	33.5	8.2	3.0	0.8	4.38	0.825	مرتفعة

4	72	العنف يجعل الكوادر الطبية تترك العمل في المستشفى	43.6	38.1	10.3	7.5	0.5	4.17	0.926	مرتفعة
5	80	يؤدي العنف إلى نقص الكوادر الطبية	40.0	44.0	7.8	6.9	1.3	4.15	0.921	مرتفعة

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
			موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
6	74	العنف يؤدي إلى إضعاف كفاءة الكوادر الطبية	44.2	37.1	8.4	8.3	2.0	4.13	1.010	مرتفعة
7	78	يؤدي العنف إلى الإصابات العضوية (أي الإصابة في أحد الأعضاء	34.2	49.2	11.1	4.5	1.0	4.11	0.845	مرتفعة
8	79	يؤدي العنف إلى تسرب الملل إلى الكوادر الطبية.	37.7	42.9	10.3	7.4	1.8	4.07	0.964	مرتفعة
9	73	العنف يجعل الكوادر الطبية تقوم بأخذ الإجازات العادية الاضطرارية والمرضية حتى تبتعد عن العمل	37.5	36.9	15.2	9.3	1.1	4.00	1.002	مرتفعة
10	76	العنف يجعل الكوادر الطبية متوترين في حياتهم الخاصة(مع أسرهم)	34.5	39.6	13.8	10.4	1.8	3.95	1.027	مرتفعة
11	77	يؤدي العنف إلى الإصابة بالأمراض النفسية	28.9	39.8	19.0	11.1	1.2	3.84	1.005	مرتفعة
12	81	يجعلك العنف تساعد الأشخاص الذين يرتكبونه حتى تتقي شرهم	25.3	30.9	16.5	17.1	10.1	3.44	1.305	متوسطة

الرتبة	رقم الفقرة		النسب المئوية لتوزيع استجابات أفراد عينة الدراسة على فئات الأداة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة

			موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة			
13	82	الأشخاص الذين يرتكبون العنف يجدون الاحترام من أقاربهم	19.3	24.4	22.0	21.9	12.4	3.16	1.306	متوسطة
14	83	الأشخاص الذين يرتكبون العنف يجدون الاحترام من المجتمع	12.5	13.3	17.0	35.2	22.0	2.59	1.303	متوسطة
-		الكلي						3.9240	0.60017	مرتفعة

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (29) إلى أن المتوسط العام من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية للآثار المترتبة على العنف جاء بدرجة مرتفعة، وبمتوسط حسابي بلغ (3.92). وقد احتلت المرتبة الأولى والثانية كل من الفقرة رقم (70)" يؤدي حدوث العنف إلى الإضرار بممتلكات المستشفى "والفقرة رقم (75)" العنف يجعل الكوادر الطبية متوترة في العمل "بمتوسط حسابي وعلى التوالي (4.62) (4.41)، وهي تعكس درجة موافقة مرتفعة من قبل المبحوثين، في حين جاء بالمراتب الأخيرة كل من الفقرة (83)" الأشخاص الذين يرتكبون العنف يجدون الاحترام من المجتمع. " بمتوسط حسابي (2.59) وبدرجة موافقة متوسطة، والفقرة (82) " الأشخاص الذين يرتكبون العنف يجدون الاحترام من أقاربهم. " بمتوسط حسابيي (3.16) وبدرجة موافقة متوسطة.

للإجابة عن السؤال السادس:

ما هي الممتلكات المتضررة من جراء العنف الذي تتعرض له الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية؟.

للإجابة عن السؤال، تم حساب التكرارات، والنسب المئوية للممتلكات التي تتعرض للعنف، ومن وجهة نظر المبحوثين، والتي تمثلت بـ (أسرة المرضى، وأجهزة التصوير، وأدوات الإسعاف، وزجاج المستشفى، والصيدلية، والمختبر)، والجدول رقم (16) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (30)

الممتلكات التي تتعرض للعنف من وجهة نظر الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية

الممتلكات المتضررة	الرتبة	التكرارات	النسبة المئوية
زجاج المستشفى	1	581	%24.49
أدوات الإسعاف	2	558	%23.5
أسرة المرضى	3	422	%18
أجهزة التصوير	4	293	%12.18
الصيدلية	5	266	%11.21
المختبر	6	252	%10.62
المجموع		2372	%100

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (30) إلى أن أكثر الممتلكات تعرضا للعنف هي (زجاج المستشفى) وبموافقة(24.49%) من أفراد عينة الدراسة، وفي المرتبة الثانية (أدوات الإسعاف) وبموافقة (23.5%)، وفي المرتبة الثالثة (أسرة المرضى) بموافقة(18%) من أفراد عينة الدراسة، أما المرتبة الرابعة جاءت (أجهزة التصوير) وبموافقة (12.18%) من أفراد العينة، أما المرتبة الخامسة من الممتلكات المتعرضة للعنف، فقد جاءت (الصيدلية) وبموافقة (11.21%) من أفراد عينة الدراسة، وفي المرتبة الأخيرة في التعرض للعنف من الممتلكات فقد جاء (المختبر) بموافقة (10.62%) من أفراد عينة الدراسة.

للإجابة عن السؤال السابع:

ما هي الحلول الممكنة للعنف من وجهة نظر الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية ؟

جدول رقم (31)

الحلول المقترحة لحل مشكلة العنف في المستشفيات

متسلسل	الحل المقترح	العدد	النسبة%
1	زيادة الحراسة الأمنية، من خلال زيادة تفعيل أجهزة الأمن العام (الشرطة)، وتقليل دور الشركات الخاصة بالأمن والحماية وإعطاء الأمن حرية التصرف مع مسببي العنف، ومراقبة أداء الشرطة.	552	%66
2	زيادة أعداد الكوادر الطبية والتمريضية، مع ضرورة توفير كافة الاختصاصات الطبية (باطني،قلب،عظام،...الخ)، ورفع كفاءة هذه الكوادر من خلال التدريب والتعليم.	470	%56
3	اتخاذ الإجراءات القانونية الرادعة بحق المعتدين،من خلال إيجاد تشريعات جديدة تحدد ما على المرافق وحاله.	421	%51
4	عدم دخول المرافقين إلى صالات العلاج، وتوفير غرف انتظار مناسبة لهم، وعدم السماح بدخولهم وبحوزتهم الأسلحة والأدوات الأخرى.	341	%41
5	الاهتمام بالكوادر الطبية، وتحسين مستواهم المعيشي وتحفيزها ومحاسبتها في آن واحد، وزيادة معدلات الإجازات حتى لا يقوم الموظف بزيادة دوامه من أجل الإجازات	315	%36
6	الاهتمام بالتوعية، والثقافة الصحية،والاجتماعية للكوادر والمرافقين من خلال وسائل الإعلام المرئية، والمسموعة والمقروءة، وخطباء المساجد،والمخاتير، وإصدار نشرات طبية وتوعوية في مجال الصحة العامة.	371	%44
7	زيادة الأجهزة الطبية والعمل على إصلاح المعطل منها،وزيادة عدد سيارات الإسعاف والأسرة.	201	%24
8	تحسين مهارات الاتصال لدى الكوادر الطبية،ورفع كفاءتهم العلمية؛ ليتمكنوا من تقديم الخدمة بالشكل الأسرع والأمثل.	91	%11
9	.تعديل وتنظيم الدوام في المستشفيات من خلال إعادة وتقليل ساعات العمل	28	%3
10	الاهتمام بالمرضى وإعطائهم حقوقهم الصحية كاملة	56	%7
11	إعادة النظر في الإجراءات العشائرية، وعدم تساهلها مع مثيري العنف، وعدم اعتبار العنف ضد الكوادر الطبية كأي مشاجرة عادية	7	%1
12	تخفيض الإجراءات المالية على الحالات الطارئة، ورفع الأجور الطبية على الحالات العادية.	23	%3
13	بناء المستشفيات في أماكن بعيدة عن وسط المدينة، والأماكن الشعبية،وإيجاد أقسام للإسعاف والطوارئ مهمة حسب الاختصاصات، يمكن السيطرة عليها، ولها إدارة خاصة فيها، وبناء أقسام لطب الأسرة للحالات غير الطارئة.	46	%6
14	قيام النقابات المهنية بواجبها من خلال المشاركة في إيجاد تشريعات تضمن حقوق منتسبيها.	3	%0.4

تظهر البيانات الواردة في الجدول رقم(31) بأن الحلول الممكنة لمشكلة العنف حسب وجهة نظر العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ جاءت مرتبةعلى النحو التالي: جاءت فقرة" زيادة الحراسة الأمنية من خلال زيادة دور تفعيل أجهزة الأمن العام (الشرطة)، والتقليل من الشركات الخاصة بالأمن والحراسة " في المرتبة الأولى وبنسبة مئوية بلغت 66%، وفي المرتبة الثانية جاءت فقرة " زيادة أعداد الكوادر الطبية والتمريضية ورفع كفاءتها " وبنسبة مئوية بلغت56%، وفي المرتبة

الثالثة جاءت فقرة " اتخاذ الإجراءات القانونية الرادعة بحق المعتدين مـن خـلال إيجاد تشريعات جديدة " بنسبة مئوية بلغت 50%، وفي المرتبة الرابعة جاءت فقرة " الاهتمام بالتوعية الثقافية والصحية والاجتماعية للكوادر الطبية والمرافقين من خلال وسائل الإعلام المرئية، والمقروءة والمـسموعة، وخطبـاء المـساجد، والمخـاتير وإصدار نشرات طبية وتوعوية في مجال الصحة العامة " بنسبة مئوية بلغت 44% وفي المرتبة الخامسة جاءت فقرة " عدم دخول المرافقين إلى صالات العلاج وتوفير غرف انتظار مناسبة لهم،وعدم السماح بدخول الأسلحة والأدوات الأخرى وبنـسبة مئوية 41%، وفي المرتبة السادسة جاءت فقرة " الاهتمام بالكوادر الطبية وتحـسين مستواهم المعيشي وتحفيزهم ومحاسبتهم في آن واحـد،وإعادة النظـر فـي نظـام الإجازات؛ حتى لا يعمل الموظف ساعات زيادة ليحصل على إجازة "وبنسبة مئوية بلغت 36%، وفي المرتبة السابعة جاءت فقرة " زيادة الأجهزة الطبية والعمل علـى إصلاح المعطل منها، وزيادة عدد سيارات الإسعاف، وأسرة المرضى "وبنسبة مئوية بلغت 24%، وفي المرتبة الثامنة جاءت فقرة " تحسين مهـارات الاتـصال لـدى الكوادر الطبية، ورفع كفاءتهم العلمية ليتمكنوا من تقديم الخدمة بالـشكل الأسـرع والأمثل "وبنسبة مئوية بلغت 11%، وفي المرتبة التاسعة جاءت فقـرة " الاهتمـام بالمرضى وإعطائهم حقوقهم الصحية كاملة " وبنسبة مئوية بلغت 7%،..... الخ.

وفي المرتبة العاشرة جاءت فقرة " بناء المستشفيات في أماكن بعيـدة عـن وسط المدينة، والأماكن الشعبية، وإيجاد أقسام للإسعاف والطوارئ مصممة حـسب الاختصاصات، ويمكن السيطرة عليها، ولها أدوات خاصة فيها، وبناء أقسام لطـب الأسرة لاستقبال الحالات غير الطارئة " بنسبة مئوية بلغـت 6%، وفـي المرتبـة الحادية عشرة جاءت فقرة " تعديل وتنظيم الدوام في المستشفيات الحكومية من خلال إعادة تنظيم العمل وتقليل ساعات الدوام " وبنسبة مئوية بلغت 3.1%، وفي المرتبة الثانية عشرة جاءت فقرة " تخفيف الإجراءات المالية على الحالات الطارئة، ورفـع الأجور الطبية على الحالات غير الطارئة (العادية)، "وبنسبة مئوية بلغـت 3%، وفي المرتبة الثالثة عشرة وقبل الأخيرة جاءت الفقرة " إعادة النظر في الإجـراءات العشائرية، وعدم تساهلها مع مثيري العنف، وعدم اعتبار العنف ضد الكوادر الطبية

كأي مشاجرة عادية " وبنسبة مئوية بلغت 1%، وأخيراً جاءت الفقرة " قيام النقابات المهنية التي تنتمي لها الكوادر الطبية بواجبها بالدفاع عن منتسبيها، والتدخل لإيجاد تشريعات تضمن حقوق منتسبيها "، وبنسبة مئوية بلغت 54%.

فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) فـي عـدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في أسام الإسعاف والطوارئ في المستـشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة، يعزى للمتغير المـستقل "المـسمى الـوظيفي " للإجابة عن هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بأشكاله المختلفة، ووفقا للمسمى الـوظيفي والجدول رقم (16) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (32)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بأشكاله المختلفة ووفقا للمسمى الوظيفي:

المسمى الوظيفي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
طبيب	21.79	5.721
صيدلي	22.54	5.560
ممرض	22.22	5.397
مختبر فني	23.10	4.738
أشعة فني	21.56	6.299
إدارية مهن	21.84	4.729
محاسبة	24.00	1.871

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم(32) إلى أن الفروقات كانت متقاربة فـي المتوسطات الحسابية لعدد مرات تعرض الكوادر للعنف، وبأشكاله المختلفة (النفسية، الجسدية)، وللكشف فيما إذا كانت الفروقات ذات دلالة إحصائية، تم استخدام تحليـل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA)، والجدول رقم (33) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (33)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروقات في درجة التعرض للعنف وفقا للمسمى الوظيفي للكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	159.609	6	26.601	0.911	.486
داخل المجموعات	27916.711	956	29.202		
الكلي	28076.320	962			

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (33)، إلى عدم وجـود فـروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف، وبأشكاله المختلفة يعزى لمتغير المـسمى الوظيفي، مما يشير إلى أن الكوادر الطبية تتعرض وبنفس الدرجة للعنف.

الفرضية الثانية:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة يعزى لمتغير النوع الاجتماعي ".

للإجابة عن هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T-test) للعينات المستقلة للكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بأشكاله المختلفة، ووفقا لمتغير النوع الاجتماعي والجدول رقم (18) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (34)

نتائج اختبار (T-test) للعينات المستقلة للكشف عن وجود فروقات في درجة التعرض للعنف وفقا لمتغير النوع الاجتماعي

أنماط العنف	النوع الاجتماعي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة
النفسي	ذكور	9.30	2.688	961	-2.245	*0.025
	إناث	9.72	2.594			
الجسدي	ذكور	12.73	2.942	961	-1.455	0.146
	إناث	13.03	2.972			
الكلي	ذكور	21.97	1.402	961	1.985	*0.047
	إناث	22.71	1.376			

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (34) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لدرجة تعرض الكوادر الطبية للعنف على المستوى الكلي، وفقا للنوع الاجتماعي، وعند الرجوع إلى المتوسطات الحسابية يتبين إن معدل تعرض الذكور للعنف (21.97)، ومتوسط تعرض الإناث (22.71)، مما يشير إلى أن الإناث أكثر تعرضا للعنف من الذكور.

كما أظهرت النتائج أيضا أن هنالك فروق في درجة تعرض الكوادر الطبية العاملة بأقسام الطوارئ للعنف النفسي؛ حيث بلغ متوسط تعرض الذكور

للعنف(9.30)، ومتوسط الإناث (9.72)، مما يشير إلى أن الإناث أكثـر تعرضـا للعنف النفسي من الذكور، كما وأظهرت النتائج عـدم وجـود فـروق ذات دلالـة إحصائية في درجة التعرض للعنف الجسدي بين الذكور والإناث.

الفرضية الثالثة:

لايوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤ 0.05) في تقديرات الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ، للآثار المترتبة علـى العنـف تعزى للمتغيرات(المسمى الوظيفي،النوع الاجتماعي، سنوات الخبرة،الدخل الشهري) للإجابة عن هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين المتعدد (Multiple ANOVA) والجدول رقم (35) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (35)

نتائج تحليل التباين المتعدد (Multiple ANOVA) للكشف عن وجود فروق في تقديرات المبحوثين للآثار المترتبة على العنف، يعزى للمتغيرات(المسمى الوظيفي النوع الاجتماعي، سنوات الخبرة،الدخل الشهري)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	مستوى الدلالة
النوع الاجتماعي	0.948	1	0.948	2.783	0.096
الدخل الشهري	2.439	5	0.488	1.433	0.210
سنوات العمل	5.349	5	1.070	3.142	0.008
المهنة	12.994	6	2.166	6.360	0.000
الخطأ	321.772	945	0.340		
الكلي	15174.929	963			

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (35) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقديرات الكوادر الطبية للآثار المترتبة على العنف، تعزى لكـل مـن المتغيرات (النوع الاجتماعي، الدخل الشهري)، في حين أظهـرت النتـائج وجـود فروق في تقديرات المبحوثين للآثار المترتبة على العنف، تعزى لكل من (سـنوات العمل، المهنة)، وللكشف لصالح من تعود هذه الفروق؟ تم استخدام اختبـار شـافية للمقارنات البعدية، والجدولان رقم (36) (37) يوضحان نتائج ذلك.

جدول رقم (36)

نتائج اختبار شافية للكشف عن الفروقات وفقا لمتغير سنوات العمل

سنوات العمل	المتوسط الحسابي	الفروق					
		أقل من 1 سنة	من 1-3	من 4-6 سنوات	من 7-9 سنوات	من 10-12	13 فأكثر
أقل من 1 سنة	3.8046	-	-	-	-	-	-
من 1-3 سنوات	3.9683	-	-	-	-	-	-
من 4-6 سنوات	3.9685	-	-	-	-	-	-
من 7-9 سنوات	3.9250	-	-	-	-	-	-
من 10-12	4.0018	-	-	-	-	-	-
13 فأكثر	3.8869	-	-	-	-	-	-

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (36) إلى أن الفروقات كانت لصالح أصحاب الخبرة من 10-12 سنة، ثم يليهم أصحاب الخبرة 4-6 سنوات، يليهم أصحاب الخبرة 1-3 سنة، ثم يليهم أصحاب الخبرة 7-9 سنوات، يليهم أصحاب الخبرة 13 فأكثر، وأخيرا أصحاب الخبرة 1سنة وأقل، وكانت جميع هذه الفروقات غير دالة إحصائياً.

جدول رقم (37)

نتائج اختبار شافية للكشف عن الفروقات وفقا لمتغير المهنة

المهنة	المتوسط الحسابي	الفروق						
		طبيب	صيدلي	ممرض	مختبر فني	أشعة فني	مهن إدارية	محاسبة
طبيب	4.1081	-	0.4090*	-	0.3062*	0.4287*	0.3443*	0.42*
صيدلي	3.6991	-	-	-	-	-	-	-
ممرض	3.9486	-	-	-	-	-	-	-
فني مختبر	3.8019	-	-	-	-	-	-	-
فني أشعة	3.6794	-	-	-	-	-	-	-

مهن إدارية	3.7638	-	-	-	-	-	-	-
محاسبة	3.6857	-	-	-	-	-	-	-

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (37) إلى أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات الأطباء، وباقي المهن الأخرى ولصالح مهنة الطبيب.

الفرضية الرابعة:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للعوامل المؤدية لحدوث العنف (العوامل الإدارية، والعوامل الثقافية والاجتماعية، والعوامل الاقتصادية، والعوامل القانونية، والكوادر الطبية) في درجة تعرض الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف الطوارئ للعنف.

قبل البدء في تطبيق تحليل الانحدار لاختبار فرضية الدراسة، تم اجراء مجموعة من الاختبارات؛ وذلك من أجل ضمان ملائمة البيانات لافتراضات تحليل الانحدار، وذلك على النحو التالي: تم التأكد من عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة (Multicollinearity) باستخدام اختبار معامل تضخم التباين (Variance Inflation Factory)(VIF)، واختبار التباين المسموح(Tolerance) لكل متغير من المتغيرات المستقلة (العوامل الإدارية، والعوامل الثقافية والاجتماعية والعوامل الاقتصادية، والعوامل القانونية، والكوادر الطبية)، وتم أيضاً التأكد من إتباع البيانات للتوزيع الطبيعي(Normal Distribution) باحتساب معامل الالتواء(Skewness).

جدول رقم(38)

يبين نتائج هذه الاختبارات اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح ومعامل الالتواء:

المتغيرات المستقلة		VIF	Tolerance	Skewness
العوامل المؤدية لحدوث العنف	العوامل الإدارية	2.201	0.454	0.08
	العوامل الثقافية والاجتماعية	1.791	0.558	0.01

العوامل الاقتصادية	1.470	0.680	0.47
العوامل القانونية	1.299	0.770	0.03
العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية	1.667	0.600	0.10
العوامل المناخية الطبيعية	1.404	0.712	0.01

تشير البيانات الواردة في الجدول (38) إلى عدم وجود ارتباط عال بين المتغيرات المستقلة، ويظهر ذلك من خلال قيم معامل تضخم التباين(VIF)، والتي لم تتجاوز أيا منها القيمة(10)، وقيمة اختبار التباين المسموح(Tolerance) التي زادت عن (0.05) ولجميع المتغيرات المستقلة. كما أظهرت النتائج أيضا أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي؛ حيث تراوحت قيم معامل الالتواء(0.01 – 0.47)، كما تم التأكد من ثبات صلاحية النموذج لاختبار فرضيه الدراسة، والجدول رقم (39) يوضح ذلك.

جدول رقم (39)

نتائج تحليل التباين للانحدار(Analysis Of variance)؛ للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار فرضيات الدراسة.

المتغير التابع	المصدر	معامل التحديد R2	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى دلالة F
درجة التعرض للعنف	الانحدار	0.266	92.693	6	15.449	58.186	*0.00
	الخطأ		253.823	956	0.266		
	الكلي		346.516	962			

- ذات دلالة إحصائية على مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)

يوضح الجدول رقم (39) ثبات صلاحية نموذج اختبار فرضـيه الدراسـة، ونظراً لارتفاع قيمة (F) المحسوبة، حيث بلغـت (58.186)، حيـث إن المتغيـر المستقل العوامل المؤدية لحدوث العنف: (عوامل إدارية، وعوامل ثقافية اجتماعية، وعوامل اقتصادية، وعوامل قانونية، وكوادر طبية) فسرت (26.6%) من التبـاين في المتغير التابع (درجة التعرض للعنف)، ولاختبار أثر أبعاد المتغيـر المـستقل(العوامل المؤدية لحدوث العنف) في درجة التعرض للعنف، ومن وجهة نظر الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكوميـة، تـم إجـراء تحليـل الانحدار المتعدد. والجدول رقم (40) يوضح ذلك.

جدول رقم (40)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر أبعاد المتغير المستقل (العوامل المؤدية لحدوث العنف) في درجة التعرض للعنف:

البعد المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة T المحسوبة	مستوى دلالة T
العوامل الإدارية	0.231	0.060	0.159	3.861	0.000
العوامل الثقافية والاجتماعية	0.733	0.055	0.497	13.408	0.000
العوامل الاقتصادية	-0.033-	0.027	-0.041-	-1.216-	0.224
العوامل القانونية	-0.017-	0.034	-0.016-	-0.499-	0.618
كوادر طبية	-0.198-	0.041	-0.171-	-4.787-	0.000
العوامل المناخية	0.002	0.025	0.003	0.078	0.938

- ذات دلالة إحصائية على مستوى($\alpha \leq 0.05$)،

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقـم(40)، ومـن متابعـة معاملات (Beta)، واختبار(t) أن العوامل (الإدارية، العوامل الثقافية والاجتماعيـة، الكوادر الطبية) ذات تأثير في درجة تعرض الكوادر الطبية العاملـة فـي أقـسام الإسعاف والطوارئ للعنف، بدلالة معاملات(Beta) لهذه المتغيرات، كما تظهر في الجدول وبدلالة ارتفاع قيم (t) المحسوبة عن قيمتها الجدولية عند مـستوى دلالـة ($\alpha \leq 0.05$).

كما أظهرت النتائج أن العوامل (الثقافية والاجتماعية) جـاءت فـي المرتبـة الأولى وفي المرتبة الثانية جاء المتغير الفرعي (العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية)، وفي المرتبة الثالثة (العوامل الإدارية)، كما أظهرت النتائج عدم وجود أثر لكل من العوامل المناخية الطبيعية والعوامل الاقتصادية والعوامل القانونية.

الفرضية الخامسة:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤ 0.05) في عـدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكوميـة للعنـف بأشـكاله المختلفة، يعزى لمتغير الدخل الشهري "للإجابة عن هذه الفرضـية تـم اسـتخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لعدد مرات تعرض الكـوادر الطبيـة للعنف بأشكاله المختلفة، ووفقا لمتغير الدخل الشهري. والجدول رقم (41) يوضـح نتائج ذلك.

جدول رقم (41)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بأشكاله المختلفة، ووفقا لمتغير الدخل الشهري:

أنماط العنف	الدخل الشهري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نفسي	اقل من150	10.19	2.617
	من150-250	9.66	2.610
	من 251-350	9.25	2.664
	من 351-451	9.39	2.635
	من 452-552	9.27	2.054
	أكثر من552	9.42	3.503
جسدي	اقل من150	13.11	2.887
	من150-250	12.82	2.891
	من251 - 350	12.78	3.268
	من351-451	12.81	2.863
	من 452-552	13.03	2.232
	أكثر من552	12.69	3.093
الكلي	اقل من150	23.30	5.305
	من150-250	22.48	5.222
	من 251-350	21.95	5.736
	من 351-451	22.14	5.370
	من 452-552	22.30	3.961
	أكثر من552	21.83	6.475

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (41) إلى أن الفروقات كانت متقاربـة في المتوسطات الحسابية لعدد مرات تعرض الكوادر للعنف وبأشـكاله المختلفـة(

النفسية الجسدية)، وفقا لمتغير الدخل، وللكشف فيما إذا كانت الفروقات ذات دلالة إحصائية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA) والجـدول رقم (42) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (42)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق في درجة التعرض الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ للعنف، وفقا لمتغير الدخل:

أنماط العنف	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	مستوى الدلالة
النفسي	بين المجموعات	42.314	5	8.463	1.193	0.311
	داخل المجموعات	6788.249	957	7.093		
	الكلي	6830.563	962			
الجسدي	بين المجموعات	8.696	5	1.739	0.199	0.963
	داخل المجموعات	8380.690	957	8.757		
	الكلي	8389.385	962			
الكلي	بين المجموعات	85.515	5	17.103	0.585	0.712
	داخل المجموعات	27990.805	957	29.248		
	الكلي	28076.320	962			

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (42) إلى عدم وجود فروق ذات دلالـة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha\leq$ 0.05) في عدد مرات تعرض الكـوادر الطبيـة العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف (النفسي، الجسدي، المستوى الكلي) يعزى لمتغير الدخل.

الفرضية السادسة:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha\leq$ 0.05) في عـدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكوميـة للعنـف بإشـكاله المختلفة، يعزى لمتغير العمر "

للإجابة عن هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافـات المعيارية لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بإشكاله المختلفة، ووفقا لمتغيـر العمر، والجدول رقم (43) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (43)

المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بأشكاله المختلفة، ووفقا لمتغير العمر:

أنماط العنف	العمر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نفسي	اقل من 25 سنة	9.69	2.936
	من 25- 40 سنة	9.29	2.529
	أكثر من 40 سنة	9.73	2.827
جسدي	اقل من 25 سنة	12.67	3.335
	من 25- 40 سنة	12.79	3.001
	أكثر من 40 سنة	13.24	1.991
الكلي	اقل من 25 سنة	22.35	6.015
	من 25- 40 سنة	22.00	5.365
	أكثر من 40 سنة	22.87	4.574

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (43) إلى أن الفروقات كانت متقاربة في المتوسطات الحسابية لعدد مرات تعرض الكوادر للعنف وبإشكاله المختلفة (النفسية الجسدية)، وفقا لمتغير العمر، وللكشف فيما إذا كانت الفروقات ذات دلالة إحصائية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA) الجدول رقم (44) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (44)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق في درجة التعرض الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ للعنف وفقا لمتغير العمر:

أنماط العنف	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	مستوى الدلالة
النفسي	بين المجموعات	38.155	2	19.078	2.696	0.068
	داخل المجموعات	6792.408	960	7.075		
	الكلي	6830.563	962			
الجسدي	بين المجموعات	29.433	2	14.717	1.690	0.185
	داخل المجموعات	8359.952	960	8.708		
	الكلي	8389.385	962			
الكلي	بين المجموعات	91.080	2	45.540	1.562	0.210
	داخل المجموعات	27985.239	960	29.151		
	الكلي	28076.320	962			

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (44) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في عدد مرات تعرض الكـوادر الطبيـة العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف (النفسي، والجسدي، والمستوى الكلـي)، يعزى لمتغير العمر.

الفرضية السابعة:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكوميـة للعنـف بأشـكاله المختلفة، يعزى لمتغير موقع العمل(المستشفى).

للإجابة عن هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافـات المعيارية لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنـف بأشـكاله المختلفـة، ووفقـا للمستشفى التي يعمل بها الكادر الطبي. والجدول رقم (45) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (45)

المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بأشكاله المختلفة، ووفقا للمستشفى التي يعمل بها الكادر الطبي

اسم المستشفى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الرويشد	24	1.789
راية	23.86	2.308
النسائية والأطفال/المفرق	23.71	2.447
الأمير فيصل	23.47	3.923
رحمة	23.37	4.612
معاذ بن جبل	23.13	1.058
المفرق الحكومي	23.09	2.75
الصافي	23	5.031
الأميرة سلمى	22.97	4.504
التوتنجي / سحاب	22.83	3.932
الحسين /السلط	22.62	5.543
جرش	22.58	3.228
بديعة	22.34	6.162
الزرقاء	22.22	4.526
أبو عبيده	22.21	4.695
الرمثا	22.18	5.61
النديم /مادبا	22.14	2.799
اليرموك	22.09	5.282
الإيمان /عجلون	21.83	5.176
الملكة رانيا	21.79	6.542
الشونة الجنوبية	21.74	6.27
الأميرة إيمان	21.68	2.473
البشير	21.36	6.586
الأميرة بسمة	20.6	6.151
حمزة	20.56	8.568
معان	19.75	7.472

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (45) إلى أن الفروقات كانت متقاربة في المتوسطات الحسابية لعدد مرات تعرض الكوادر للعنف وفقا لموقع المستشفى التي تعمل بها الكوادر الطبية، وللكشف فيما إذا كانت الفروقات ذات دلالة إحصائية،

تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA)، والجدول رقـم (46) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (46)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق في درجة التعرض الكوادر الطبية العاملة في أقسام الطوارئ للعنف وفقا لمتغير المستشفى:

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	1032.731	25	41.309		
داخل المجموعات	27043.589	937	28.862	1.431	0.079
الكلي	28076.320	962			

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (46) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في عدد مرات تعرض الكـوادر الطبيـة العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف، يعزى لمتغير المستشفى.

2.4 مناقشة النتائج

4-2-1 مناقشة النتائج المتعلقة بالخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة

كشفت النتائج بأن ثلثي عينة الدراسة(68.8%) من الذكور، والثلث المتبقي من الإناث وهي نسبة تتفق إلى حد ما مع نسبة المرأة العاملة فـي الأردن؛ حيـث تزداد نسبة المرأة العاملة في الأردن في قطاعي الصحة، والتربيـة والتعلـيم كمـا ويضاف إلى ذلك زيادة إقبال المرأة على المهن الطبية في السنوات الأخيـرة. وأن المستويات التعليمية لإفراد عينة الدراسة تتراوح ما بين الدبلوم العادي والدراسـات العليا فاحتلت درجة البكالوريوس النسبة الأعلى وهي نصف عينة الدراسـة تقريبـاً (47%). وهي نسبة متوقعة بالنظر إلى أن جميع الأطباء يحملون هـذه الدرجـة، بالإضافة إلى نسبة عالية من الكوادر الطبية الأخرى. وجاء حملة درجة الدبلوم في المرتبة الثانية وبنسبة (40%)، وهي نـسبة مرتفعـة نظـراً لأن غالبيـة مهنـة التمريض، والأشعة، والمحاسبة يحملون هذه الدرجة.أما درجات الإعدادي والثانوي

فقد جاءت بنسبة منخفضة وهي على التوالي (0.3%، 4.7%)، ويعود ذلك إلى أن التوظيف في الدوائر الحكومية أصبح من درجة الثانوية الناجح فأعلى للوظائف الإدارية، ومن دبلوم فأعلى للمهن الطبية.

وأن غالبية أفراد عينة الدراسة حصلوا على مؤهلاتهم العلمية من الأردن وبنسبة (80%)، فالأردن من الدول المتقدمة في دراسة الطب، والتمريض ومن هنا يلجا الأفراد إلى الدراسة في الجامعات الأردنية نظراً لارتفاع تكاليف الدراسة خارج الأردن، وعدم قدرة بعض الأفراد على تحمل السفر والغربة عن أهله.

وأن نسبة من حصلوا على مؤهلاتهم العلمية من الدول العربية الأخرى والدول الأوروبية (باستثناء أوكرانيا) جاءت متقاربة، وهي في المرتبة الثانية ((6.8%)،(6.9%)) على التوالي. وجاءت دولة واحدة أوروبية وهي أوكرانيا بالمرتبة الرابعة وبنسبة (5.5%) وغالبية خريجي هذه الدولة من الأطباء نظراً لأنها تحتوي على جامعات متخصصة في تدريس مادة الطب وتكاليف الدراسة فيها متقاربة إلى حد ما مع تكاليف الدراسة في الجامعات الأردنية.

وحول الفئات العمرية لإفراد عينة الدراسة جاءت الفئة العمرية (25-40) في المرتبة الأولى، وبلغت نسبتها حوالي ثلثي أفراد عينة الدراسة (65%)، وهذه الفئة هي فئة أعمار الشباب، ويضاف إلى ذلك بأن العمر الذي يتم التوظيف فيه غالباً ما يكون صغيراً بداية من 18 سنة ولغاية 28 سنة، وتتفق الدراسة في هذه النتيجة مع دراسة (العواودة، 2008).

وتبين بأن ثلثي أفراد عينة الدراسة (65%) لا يتجاوز عدد سنوات عملهم في المستشفى الست سنوات، ويعزى ذلك إلى قيام وزارة الصحة في الفترة الأخيرة بتعيين كوادر طبية جديدة لرفد الكوادر السابقة، وكذلك تعيين كوادر طبية بدلاً من الكوادر التي سافرت خارج البلاد، أو التي أنهيت خدماتهم في المستشفيات الحكومية وأن نسبة أفراد عينة الدراسة التي تزيد سنوات عملهم عن ثلاث عشر عاماً هي (17%)، وهي نسبة متواضعة بالنسبة إلى العاملين ممن لا تتجاوز سنوات عملهم الست سنوات.

وبالنظر إلى أعداد الأفراد المستجيبين للدراسة تبين بأن مستشفى البشير جاء بالمرتبة الأولى وبنسبة (12%)من مجموع أفراد عينة الدراسة، وفي المرتبة الثانية جاء مستشفى الأمير حمزة، وفي المرتبة الأخيرة جاء مستشفى الملكة رانيا العبدالله في الشوبك وبنسبة (1.5%)، وباقي المستشفيات تتراوح نسبة المستجيبين للدراسة ما بين (2%-5.6%)؛ ولعل ذلك يعود إلى أن توزيع الكوادر الطبية يتناسب مع حجم العمل الملقى على كاهلهم فقد بلغ عدد مراجعي قسم الإسعاف والطوارئ في مستشفى البشير لعام 2008 ما مقداره(460695) مراجع، فيما بلغ عدد مراجعي قسم الإسعاف والطوارئ في مستشفى الملكة رانيا في الشوبك (37149) مراجع.

مما سبق يتضح بأن نسبة مراجعي قسم الإسعاف والطوارئ في مستشفى البشير تفوق نسبة مراجعي مستشفى الملكة رانيا العبدالله في الشوبك بحوالي 13مرة.

وبالتدقيق في مهنة أفراد عينة الدراسة تبين بأن مهنة التمريض وتضم مسميات (ممرض مساعد، ممرض مشارك، قابلة قانونية) جاءت بالمرتبة الأولى وبنسبه تزيد عن نصف مجموع أفراد عينة الدراسة (53%)، فيما جاءت مهنة الطبيب في المرتبة الثانية وبنسبه (20%)، وفني المختبر في المرتبة الثالثة (10%)، والمحاسبة في المرتبة الرابعة (6%)، والصيدلاني في المرتبة الخامسة وفني الأشعة في المرتبة السادسة والأخيرة.

ولعل ذلك يعود إلى أن مهنة التمريض هي العمود الأساس في الخدمات الصحية، حيث يتم استقبال الحالات وإجراء الفحوصات اللازمة لها من قبل الكادر التمريضي، ثم تتم استشارة الطبيب بعد ذلك، وبعد إجراء الطبيب لما هو مطلوب يكلف الكادر التمريضي بمتابعة الإجراءات الطبية المتبقية. أي أن العمل المطلوب من الكادر التمريضي يكون لدى استقبال الحالة المرضية وبعد الكشف عليها من قبل الطبيب. وفي المرتبة الثانية جاءت مهنة الطبيب وبنسبة(19%)، ثم جاءت المهن الأخرى وبنسب متقاربة الى حد ما.

ويدين غالبية أفراد عينة الدراسة بالإسلام وبنسبة بلغت (91%)، بينما بلغت نسبة أفراد عينة الدراسة من الديانة المسيحية (9%) وهي نسبة تتفق مع طبيعة

المجتمع الأردني بأنه مجتمع مسلم والديانة الرسمية للدولة هي الإسلام، ويحتوي على أقلية مسيحية.

وبالنظر إلى الحالة الاجتماعية لأفراد عينة الدراسة تبين بأن (57%) متزوجين، وأن نسبة (42%) غير متزوجين، وأن نسبة (1%) تجمع الأرامل والمطلقين.

ويفسر ارتفاع نسبة غير المتزوجين بتدني أعمار أفراد عينة الدراسة حيث كانت الفئة الأكثر انتشاراً هي من (25-40) وكذلك إلى ارتفاع تكاليف الزواج ومتطلبات الحياة الأخرى.

وأخيراً دلت الدراسة على أن نسب أعداد أفراد أسرة المبحوثين في الدراسة جاءت كما يلي: (60%) لمن عدد أفراد أسرهم 6 أفراد فما دون، و(33%) لمن عدد أفراد أسرهم ما بين من 7-9 أفراد، و(7%) لمن عدد أفراد أسرهم يتجاوز10 أفراد. ويعزى انخفاض أعداد أفراد الأسر للحملات التوعوية التي تبثها وسائل الأعلام لتنظيم الأسرة، واتجاه الأفراد بأن تكون أفراد أسرهم قليلة ومنظمة، وتتفق الدراسة من حيث نسبة الأفراد الذين تزيد عدد أفراد أسرهم عن (10) أفراد والتي بلغت تقريبا (9%)، فيما بلغت في المسح الذي أجرته دائرة الإحصاءات العامة والسكان حول السكان والصحة لعام 2007 حوالي(10 %).

4-2-2 مناقشة أسئلة الدراسة

مناقشة السؤال الأول: وهو ما العوامل المؤدية إلى حدوث العنف في المستشفيات الحكومية من وجهة نظر العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية في الأردن.

أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي الكلي للعوامل المؤدية إلى حدوث العنف في المستشفيات الحكومية في الأردن جاء متوسطاً، وبمتوسط حسابي بلغ (3.53) وبانحراف معياري بلغ (0.40) درجة.

واحتلت العوامل الثقافية والاجتماعية المرتبـة الأولـى، وجـاءت العوامـل القانونية بالمرتبة الثانية، والعوامل الإدارية بالمرتبة الثالثة، والعوامـل الاقتـصادية بالمرتبة الرابعة، والعوامل المتعلقة بالكوادر الطبية بالمرتبة الخامسة، وأخيراً جاءت العوامل المناخية في المترتبة السادسة والأخيرة.

ويفسر تقدم العوامل الثقافية والاجتماعية على غيرها من العوامل بما يلي:

1- يعتبر العنف بشكل عام ظاهرة اجتماعية، والإنسان هو الكائن الوحيد الذي يؤثر ويتأثر بمجتمعه، فيكسب تقاليدهم، وعادتهم، وقيمهم. فمن ذلك تتشكل المعـايير التي تحكم السلوكيات فتحدد السلوك المقبول من غير المقبول(العنف)، وهذا مـا تضمنته نظرية الانومي (اللامعيارية) لعالم الاجتماع دوركهايم.

2- تختلف مظاهر العنف باختلاف الثقافة السائدة في المجتمع؛ فإذا كانـت الثقافـة السائدة تمجد العنف وتوجد له التبريرات فإنها تسهل توظيف السلوك العنيف في أنشطة الحياة اليومية، وإذا كانت الثقافة السائدة غير ذلك فان الـسلوك العنيـف يعتبر من الأمور المنبوذة ويحارب من كافة أطياف المجتمع.

وفيما يلي عرض تفصيلي لمناقشة وجهة نظر العاملين في أقـسام الإسـعاف والطوارئ للعوامل المؤدية إلى حدوث العنف.

أولا: العوامل الاجتماعية والثقافية

جاءت أكثر الفقرات أهمية بالنسبة للعوامل الاجتماعيـة والثقافيـة الفقـرات التالية: "دخول المرافقين إلى صالات العلاج يؤدي إلى حدوث العنف"، "زيادة عـدد المرافقين يؤدي إلى حدوث العنف".

وجاءت هذه الفقرات بدرجة موافقة مرتفعة،وبلغت نسبة الموافقة عليها 95% من مجموع أفراد عينة الدراسة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Shoghi, 2003) في إيران لـدى مناقـشته للعوامل الاجتماعية المؤدية إلى حدوث العنف بالمقارنة مع الدراسات فـي تركيـا، وتبين له من خلال دراسة إيراينس في تركيا أن جميع العائلات في تركيـا ترافـق

مرضاها لدى وقوع حادث ؛ويعود ذلك إلى العوامل الثقافية وسمة التواصل بين هذه العائلات كما اتفقت كذلك مـع دراسـة(Cebeci, 2009) ودراسـة (Mephaul, 2004).

ويعلل السبب في حدوث العنف في هذه الحالة أن أعـداد المـرافقين كبيـرة وتؤدي بهم إلى دخول صالات العلاج حيث الطبيب والمريض مع عدم وجود عائق يحول دون دخولهم إلى صالات العلاج.

فنظراً لزيادة الأعداد والاكتظاظ داخل صالات العلاج يصبح هناك تدخل في أعمال الطبيب، والكوادر الطبية من أشخاص ليسوا على دراية ووعي طبي، وغالباً ما يكون هؤلاء الأشخاص في حالة من التوتر، والانزعاج، والقلق على مريـضهم، فهم يعتقدون بأن الحالة طارئة ويجب الإسراع في معالجتها، وهي مـن المنظـور الطبي ليست كذلك فهذا التباين بالثقافة والدراية الطبية يؤدي إلـى حـدوث العنـف وضرب الكوادر الطبية؛ بادعاء أنها لم تقم بواجبهـا بالـسرعة الممكنـة. ويعتبـر حضور المرافقين الى المستشفى نوع من المجاملات الاجتماعية ويؤيد ذلك الموافقة المرتفعة التي حصلت عليها الفقرة " زيادة أعداد المرافقين يعتبر نوع من المجالات الاجتماعية" حيث جاءت بدرجة موافقة مرتفعة وبلغت نسبة الذين أجـابوا عليهـا (92%) من مجموع أفراد عينة الدراسة

وجاءت الفقرة " التوعية الصحية للمواطنين تؤدي إلى تقليل العنف" بدرجـة موافقة مرتفعة وبلغت نسبة الذين أجابوا عليها بالموافقة (91%) من مجموع أفـراد عينة الدراسة.

ويعلل ذلك بأن التوعية الصحية للمواطنين تمكنهم من معرفة ما هي الحالات الطارئة، والحالات غير الطارئة، وكيفية التعامل مع الحوادث ومعالجة الأمـراض الاعتيادية، مثل: (الأنفلونزا) وارتفاع درجة الحرارة، والآلام الظهـر، والـرأس، وبالتالي عدم إرسالها الى المستشفيات كحالات طارئة مما يترتب عليه تخفيف عـدد المراجعين للمستشفيات.

واحتلت الفقرات المتعلقة بالثقافة الاجتماعية السائدة في المجتمـع الأردنـي كأحد المجتمعات العربية مراتب متقدمة، والفقرات هي" الإجراءات العشائرية التـي

تعقب حدوث العنف تؤدي إلى تكراره " " الثقافة الاجتماعية المتساهلة مع العنف تؤدي إلى حدوثه " "العقلية القبلية (الجماعية) تؤدي إلى حدوث العنف" وبدرجة موافقة مرتفعة وبلغت نسبة الذين أجابوا عليها بالموافقة (87%، 84%، 87%) على التوالي.

ويعزى ذلك إلى أن حدوث العنف يعقبه إجراءات عشائرية اعتيادية وكأنه مشاجرة بين طرفين وليس اعتداء على موظف أثناء قيامه بوظيفته، أو بسببها وهذه الإجراءات العشائرية غالباً ما تنتهي بالمصالحة بين الطرفين ويسقط المشتكي حقه في المحاكم ولاينال المعتدي أي جزاء، وهذا يتنافى مع أهم أهداف العقوبة، وهو: تحقيق الردع الخاص للمعتدي، والردع العام لغيره من الأشخاص الآخرين والمجتمع ككل.

ويضاف إلى ذلك أن الثقافة الاجتماعية متساهلة مع حدوث العنف فهناك أشخاص يجدون مبررات لحدوث الاعتداء على الكوادر الطبية ومنها: أن هؤلاء الكوادر لا يقومون بعملهم بشكل مناسب، وأن إحداث العنف يؤدي إلى الاهتمام بالمريض بشكل أفضل.

وجاءت الفقرات "يحدث العنف عندما يكون المريض ومرافقيه من سكان البادية " "يحدث العنف عندما يكون المريض ومرافقيه من سكان المدينة "يحدث العنف عندما يكون المريض ومرافقيه من سكان المخيم "يحدث العنف عندما يكون المريض ومرافقيه من سكان القرى "في المراتب قبل الأخيرة وجاءت بدرجة موافقة متوسطة وبلغت نسبة من أجابوا عليها بالموافقة (32%، 46%، 45%، 38%) على التوالي.

ولعل ذلك يعود إلى أن ثقافة المجتمع الأردني السائدة في مدنه، وقراه، ومخيماته، وباديته، متشابهة ويحملون نفس الطباع والعادات والتقاليد؛ لذلك لا توجد فوارق بينهم في التعامل مع الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية، ويضاف إلى ذلك أن أقسام الإسعاف والطوارئ لا يراجعها إلا الأشخاص المرافقين لحالة طارئة(حسب اعتقادهم) وغالباً ما يكونوا في هياج وتوتر بغض النظر عن مناطق سكناهم مادامت ثقافتهم واحدة.

وجاءت في المرتبة الأخيرة فقرة " يحدث العنف إذا كان المريض يعاني من أمراض سابقة (له سيرة مرضية) "وكانت بدرجة موافقة متوسطة وبلغـت نـسبة الذين أجابوا عليها بالموافقة(32%) ويعزى ذلك إلى إن المـريض الـذي يعـاني الأمراض السابقة يعلم، ويعلم مرافقيه بأن حالته ليست طارئة ويعلمون كذلك ما هو العلاج الذي سيحصل عليه، ويضاف إلى ذلك انتفاء عناصر المفاجأة والتوتر والقلق لدى المرافقين، وهي غالباً ما تكون العوامل الرئيسة لقيام العنف.

ثانيا: العوامل القانونية

احتلت العوامل القانونية المرتبة الثانية بعد العوامل الاجتماعيـة والثقافيـة، وكانت بدرجة موافقة مرتفعة، وبمتوسط حسابي بلغ 3.69، وبـانحراف معيـاري 0.56، وكانت أكثر الفقرات أهمية بالنسبة للعوامل القانونية: فقرة " معرفة المريض ومرافقيه للعقوبات المترتبة على العنف تؤدي إلى تقليل العنف " وفقـرة: " معرفـة المريض لحقوقه وواجباته يؤدي إلى تقليل العنف " وجاءت الفقرتين بدرجة موافقـة مرتفعة، وكانت نسبة الذين أجابوا عليها بالموافقة (90%) من مجموع أفراد عينـة الدراسة.

ويفسر ذلك بأن التوعية الصحية التي سبق الإشارة إليها في معرفة المريض لحقوقه وواجباته تتماشى مع التوعية القانونية التي تتمثل بمعرفة الأفراد للعقوبـات المترتبة على العنف المرتكب ضد الموظفين أثناء قيامهم بعملهم، وبأن هذا العنـف يختلف عن العنف الموجه ضد الأشخاص غير الموظفين وعقوبته أغلظ واشد.

ومعرفة المريض ومرافقيه للعقوبات المترتبة على العنـف المرتكـب ضـد الموظفين أثناء قيامهم بعملهم،فيما إذا كانت هذه العقوبات رادعة، أم لا يـؤثر فـي السلوكيات العنيفة، وتتفق هذه النتيجة مع الاتفاق الذي توصلت إليـه وزارة العـدل الاسبانية مع حكومة الإقليم في مدريد بعد ازدياد حالات الاعتـداء علـى الأطبـاء ومعرفة مرتكبي العنف بان العقوبة غير رادعة، ويقضي الاتفاق بتشديد العقوبة لمن يعتدي على الأطباء بحيث تصل إلى خمس سنوات في حالة الاعتداء على الأطبـاء والكوادر الطبية. بعد ان كانت دفع غرامة تقدر بمبلغ (30) يورو في حالة الاعتداء على الأطباء والكوادر الطبية. وتم تبرير هذا التشديد بضرورة إعادة الهيبة لمهنـة

الطبيب والكوادر الأخرى ووضع حدا لمثل هذه الاعتداءات المتكررة. (جريدة البينة العراقية، العدد134)

وجاءت الفقرة " الإجراءات القانونية التي اتخذت مع حالات العنف الـسابقة تؤدي إلى تكراره "بدرجة موافقة مرتفعة، وأجاب عليها بالموافقة حوالي (70%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

ويعلل ذلك بأن الإجراءات القانونية لم تكن متناسبة وحجم القضية، ومشجعه الى حد ما على تكرار مثل هذه السلوكيات المنحرفة، أي أنهـا كانـت إجـراءات متساهلة مع المعتدين. ويضاف إلى ذلك أنها قد تكون عاملات المـشتكي والمـشتكى عليه بنفس الطريقة من الذهاب للشرطة، وحـضور جلـسات المحـاكم، وبالتـالي المصالحة والتنازل عن الشكوى وكأن الآمر لم يحدث.

وفي المرتبة الأخيرة جاءت الفقرة " التشريعات القانونية الحالية كافيةً لـردع الأشخاص الذين يرتكبون العنف" وبدرجة موافقة متوسطة وكانت نسبة الذين أجابوا بالموافقة منخفضة وهي (34%)، فيما كانت نسبة الذين أجابوا بعدم الموافقة(50%) من مجموع أفراد العينة.

ويمكن تفسير ذلك بأن نصف أفراد عينة الدراسة غيـر مـوافقين علـى ان التشريعات الحالية كافية لردع الأشخاص الذين يرتكبون العنف، وهذه النسبة تتناسب مع الفقرة السابقة وهي أن الإجراءات التي اتخذت مع الحالات السابقة تـؤدي إلـى تكراره " بمعنى أدق إن الإجراءات والتشريعات القانونية غير كافية لردع المعتـدي بل تؤدي إلى تكرار حوادث العنف.

ولابد هنا من التنويه بأن التشريعات القانونية المتعلقة بالعنف الذي يرتكب ضد الموظفين مشددة ومغلظة وقد أفرد لها المشرع الأردني نصوصاً خاصة فمثلاً.

تضمنت المادة (187) من قانون العقوبات على أن عقوبة جريمة الـضرب والتهديد بشهر السلاح إذا ارتكب ضد الموظف أثناء قيامه بعمله، أو يحكم ما أجراه بسبب وظيفته هي بالحبس لمدة من ستة أشهر ولغاية سنتين، في حـين لا تتجـاوز العقوبة على جريمة التهديد بشهر السلاح (على غير الموظف) الستة أشهر، وهـذه العقوبة متضمنة في المادة (349) من قانون العقوبات.

وعليه فالتشريعات القانونية مشددة ومغلظة، وتتطلب تفعيلها. وفي هذا الاتجاه أصدرت مديرية الأمن العام تعميماً على إلى كافة المراكز الأمنيـة المنتـشرة فـي محافظات المملكة بضرورة تفعيل التشريعات القانونية المنصوص عليها في قـانون العقوبات، وهي اعتبار أحداث العنف التي تتعرض لها الكوادر الطبية اعتداء علـى موظف عام، وليس مشاجرة بين طرفين. (مديرية الأمن العام، 2001)

كما تضمن التعميم ضرورة تسهيل الإجراءات على الكوادر الطبيـة نظـرا لضيق الوقت لديها، ووجود اكتظاظ للمراجعين في أقسام الإسعاف والطوارئ. وبهذا أصبح يتم ضبط أقوال الكوادر الطبية في أماكن عملهم، ثم تحال القضية برمتها إلى القضاء ليقول كلمة الفصل فيها.

ثالثا: العوامل الإدارية

جاءت العوامل الإدارية بالمرتبة الثالثة على المـستوى الكلـي، وبمتوسـط حسابي بلغ(3.68)، وبانحراف معياري (0.41)، وبدرجة موافقة مرتفعة.

وبالنظر إلى فقرات العوامل الإدارية فقد جاءت تسعة عـشر منهـا بدرجـة موافقة مرتفعة حسب تصورات المبحوثين للعوامل المؤدية الى حدوث العنف،أي أن العوامل الإدارية تشكل حجر الأساس ما بين العوامل المؤدية للعنف.

وجاءت في المرتبة الأولى الفقرة "وضع حـواجز تحـول دون المـرافقين لصالات العلاج يؤدي إلى تقليل العنف "، وبدرجة موافقة مرتفعة وبلغت نسبة الذين وافقوا عليها (88%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

وتتوافق هذه النسبة مع النسبة التي حصلت عليها الفقرة " دخول المـرافقين إلى صالات العلاج يؤدي إلى حدوث العنف " وهي التي احتلـت المرتبـة الأولـى بالنسبة للعوامل الاجتماعية والثقافية، بمعنى أخر فأن دخول المرافقين إلى صـالات العلاج يؤدي إلى حدوث العنف، ووضع حواجز تحول دون دخولهم يؤدي إلى تقليل العنف.

ويفسر ذلك بأن وضع الحواجز يترتب عليه دخول المرضى ومن يحتـاجون من المرافقين وليس جميع من معهم إلى المستشفى. وتتفق هذه النتيجة مع الدراسـة التي أجرتها (Cebeci, 2009). والتي ترى بأن أحد اهم العوامل المؤدية لحـدوث العنف هو تصميم صالات العلاج بحيث تكون مفتوحة على العامة. كما اتفقت مـع دراسة (Mephaul, 2004).

وفي المرتبة الثانية جاءت الفقرة " أغلب الكوادر الطبية التي تتعرض للعنف هي التي تعمل في نظام الشفتات "وبمتوسط حسابي(4.24)، وبانحراف معيـاري (0.87)، وبدرجة موافقة مرتفعة، ووافق عليها(86%) من مجموع أفـراد عينـة الدراسة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Fernandes,1999) في كندا. فالعمل بنظـام الشفتات يقوم على تقسيم الكوادر الطبية إلى شفتين، أو ثلاث شفتات، ممـا يعنـي ساعات عمل أطول، وإرهاق، وتوتر. إذا ما علمنا بأن تقسيم الشفتات يـؤدي إلـى تجزئة الأعداد بحيث يكون في الشفت الواحد عدد لا يكفي للتعامـل مـع الأعـداد الكبيرة من الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ.

وفي المرتبة الثالثة جاءت الفقرة " يحدث العنف نتيجة لكثرة عـدد الحـالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ "وبدرجة موافقـة مرتفعـة، حيـث وافـق عليها(84%) من مجموع أفراد عينة الدراسة. والحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ تقسم إلى قسمين: الحالات الطارئة، والحالات غير الطارئـة، ولمعرفـة أعداد هذه الحالات أوضحت الفقرة " جميع الحالات التي تراجع أقـسام الإسـعاف والطوارئ تكون طارئة " أجاب المبحوثين بنـسبة منخفـضة(12%) بـأن جميـع الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطـوارئ تكـون طارئـة وأجـاب غالبيـة المبحوثين بنسبة(82%) بعدم الموافقة أي أن غالبية الحالات التي تراجـع أقـسام الإسعاف والطوارئ تكون غير طارئة.

وتتفق هذه النتائج مع إحصائيات وزارة الصحة حول أعداد مراجعي أقـسام الإسعاف والطوارئ منذ عام 1996ولغاية 2008، حيث بلغ عدد مراجعـي أقـسام الإسعاف والطوارئ لعام 1996 (1188796) مراجع، وارتفع العدد عام(2000)

إلى (1782479) مراجع، وتواصل الارتفاع عام 2005 إلى (2040840) مراجع، وفي عام 2008 وصل العدد إلى (2588511) مراجع،وكانت السمة الغالبة لهذه الحالات بأنها غير طارئة، وكانت أعلى نسبة تصلها الحالات الطارئة هي(46.7%) من مجموع الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ، والحالات المتبقية غير طارئة.

وتتناقص هذه النسبة (الحالات الطارئة) لتصل عام 2004 إلى (27%)من مجموع الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ في الأردن، أي أن نسبة الحالات غير الطارئة التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ هي (73%).

وبالعودة إلى فقرة بأن العنف يحدث نتيجة لكثرة الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ، فإن عدد الحالات كبيرة جداً وتقسم إلى حالات طارئة، وغير طارئة،وغالبية الحالات تكون غير طارئة كما أوضحت ذلك الإحصائيات السابقة.

ولمعرفة فيما إذا كان العنف يحدث مرافقا للحالات الطارئة، أم الحالات غير طارئة، جاءت الفقرات " يحدث العنف إذا كانت الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ غير طارئة " والفقرة " يحدث العنف إذا كانت الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ طارئة فعلاً.

حيث جاءت فقرة بأن العنف يحدث إذا كانت الحالات غير طارئة بمتوسط حسابي 3.43 وبانحراف معياري 1.2 وبدرجة موافقة متوسطة ووافق عليها(53%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، فيما انخفضت نسبة الموافقة على فقرة يحدث العنف إذا كانت الحالات طارئة إلى(35%)، وبمتوسط حسابي (2.82) وبانحراف معياري (1.3) أي أن تصورات المبحوثين لحدوث العنف تكون أكبر عندما تكون الحالات غير طارئة.

ولعل ذلك يفسر بأن الحالات الطارئة، مثل: حوادث السير، أو إطلاق العيارات النارية، والآلام الصدر، وغيرها من الحالات الخطيرة غالباً ما يتم التعامل معها بشكل طارئ وسريع من قبل الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ؛ لأنهم يدركون خطورة هذه الحالة بحكم درايتهم الطبية.

ويضاف إلى ذلك أن مرافقي هذه الحالات غالباً ما يكونوا فـي حالـة مـن الذهول على مريضهم، ويعملوا على ترك فرصة للكوادر الطبية لاتخاذ الإجـراءات الضرورية. لا سيما إذا شاهدو الاهتمام في مريضهم من قبل الكوادر الطبية

أما الحالات غير الطارئة فإن المريض ومرافقيه يتـصورون بـأن حـالتهم المرضية هي الأصعب، ويجب تقديمها على جميع الحالات لدرجة أن يترك الطبيب حالة طارئة ويقوم بالإجراءات الطبية مع مريضهم فإن لم يتم ذلك بدأ مسلسل حلقات العنف، من العنف اللفظي إلى البصق، ثم الضرب، وقد يصل إلى حـدود إشـهار السلاح، وإطلاق العيارات النارية كما حدث في أحد المستشفيات – وتم ذكر ذلك في أحدى الاستبيانات التي تم توزيعها على عينة الدراسة.

وبالمحصلة فإن كثرة الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ تـؤدي إلى حدوث العنف وبدرجة موافقة مرتفعة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Cebeci, 2009) ودراسـة (Fernandes,1999) ودراسـة(Tyler, 2007)، ودراسـة (Pora Boz،2006) ودراسة (Peleg, 2005)، ودراسـة المؤسـسة الوطنيـة للصحة والسلامة في المواقع الوظيفية ((NIOSH, 2002).

واحتلت المرتبة الرابعة الفقرة "عدم توفر أسرة تستوعب كافة الحالات يؤدي إلى حدوث العنف" وبدرجة موافقة مرتفعة ووافق عليها (86%) من مجموع أفـراد عينة الدراسة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسة التي أجرتها (Cebeci, 2008)، حيث أظهرت دراستها بأن الافتقار الى الأسرة الفارغة لاستيعاب المرضى يـشكل أحـد العوامل المؤدية إلى العنف وبنسبة بلغت(15%)، كماتشير الدراسة كذلك الى نتائج الدراسة التي أجرتها (Fawzi) والتي وجدت بان عدم توفر الأسرة يـشكل سـبباً للعنف الجسدي تجاه الممرضات وبنسبة (7.8%).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المريض ومرافقيه عندما يأتون إلى المستشفى لا يكون في حسابهم عدم توفر أسرة، وطول فترات الانتظار، بل يدور في خلـدهم توافر الخدمة الطبية الممتازة، والعلاجات المناسبة، وإدخال مريضهم إذا احتاج إلى الإدخال.

فما أن يبلغ المريض، أومرافقيه بعدم توافر أسرة لإدخاله تثـور أعـصابهم لأنهم يعتقدون بأن حالة مريضهم صعبة وبحاجة إلى دخول ولا يتوافر أسرة، فيبـدأ مسلسل العنف وتكتمل حلقاته في صعوبة إجراءات التحويل من مستشفى إلى لأخر.

وبهذا الصدد جاءت الفقرة "صعوبة إجراءات التحويل من مستـشفى لأخـر تؤدي إلى حدوث العنف "وكانت بدرجة موافقة مرتفعة،وبلغت نسبة من أجابوا عليها بالموافقة (86%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.فصعوبة إجراءات التحويل مـن المستشفى الذي توجد فيه الحالة إلى مستشفى أخر يصعب ويضاعف مـشكلة عـدم توافر أسرة.

بمعنى انه لا يوجد سرير ولا يمكن تحويل المريض إلا على نفقـة أهلـه أو بواسطة سيارة خاصة إلا الحالات التي يراها الكادر الطبي بأنها بحاجة إلى مرافقـة طبية وسيارة إسعاف خاصة.

فهناك بعض الحالات تحتاج إلى دخول مستشفى ولكنها غير طارئة ويمكـن الذهاب لمستشفى أخر إلا أن المريض ومرافقيه يعتقدون بأنه ما دام تقرر له الدخول فحالته صعبة ويجب إدخاله، أو تأمينه من خلال المستشفى إلى مستشفى أخـر وإلا حدث العنف.

واحتلت الحراسة الأمنية والمتمثلة بالفقرة "وجود رجال الأمن (الشرطة) في صالات العلاج يؤدي إلى تقليل العنف" مركز متقدماً بين العوامل الإداريـة حيـث جاءت بدرجة موافقة مرتفعة، ووافق عليها ما نسبته(84%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

ويعتبر هذا العامل الإداري من العوامل الهامة في أحداث العنف واتفقت عليه هذه الدراسة، والعديد من الدراسات الأخرى، وهي: دراسة (Cebeci, 2008) في تركيا، والدراسة التي أجرتها المؤسسة الوطنية للـصحة والـسلامة فـي المواقـع الوظيفية (NIOSH, 2002)، ودراسة(Peleg, 2005) في إسـرائيل، ودراسـة (Boz, 2006) ودراسة (Fernandes, 1999) في كندا.

فوجدت هذه الدراسة، والدراسات السابقة بأن عدم وجود حراسة أمنية (رجال شرطة) يؤدي إلى حدوث العنف، وعدم كفاية هذه الأعداد (الشرطة) يـؤدي إلـى حدوث العنف أيضا.

ويفسر ذلك بأن المريض والمرافقين يعلمون بأن رجـال الـشرطة منفـذون للقانون، ومهمتهم الأولى هي منع وقوع الجرائم قبل حدوثها، والقبض على فاعليهـا وتسليمهم للعدالة، وبالتالي فأنهم لا يحاولون ارتكاب أي جريمة أو عنـف بوجـود رجال الشرطة، وإذا ما أحدثوا أي عنف فـأن رجـال الـشرطة سـيكونون لهـم بالمرصاد ويتم القبض عليهم، وتسليمهم إلى العدالة التي تقرر مصيرهم.

وتفوقت هذه الفقرة على فقرة أخرى وهي"إذا كان رجال الأمن من شـركات الأمن والحماية" حيث جاءت هذه الفقرة بدرجة موافقة متوسطة، ووافق عليهـا مـا نسبته (52%) من مجموع أفراد عينة الدراسة بالمقارنة مع الفقرة الـسابقة التـي وافق عليها (84%).

ولعل ذلك يفسر بأن المرضى، والمرافقين، لا يخشون موظفين الأمن التابعين لشركات الأمن والحماية الخاصة؛ لأنهم يعرفون بأنه ليست لديهم صلاحيات قانونية مثل رجال الشرطة، ويضاف إلى ذلك بأن موظفي شركات الأمن والحماية غالبيتهم من الموظفين كبار السن، ولا يحملون أي أسلحة للدفاع عن أنفسهم فكيف لهم بالدفاع عن الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ.

وتقدمت الفقرة " تصميم مبان تتوفر فيها وسائل الراحة للمرافقين يؤدي إلـى تقليل العنف" وكانت بدرجة موافقة مرتفعة، ووافق عليها حوالي(83%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسات (NIOSH, 2002) ودراسـة (Mephaul, 2004) ويفسر ذلك بأن المرافقين غالباً ما يكونوا في حالة من التوتر والقلق علـى مريضهم، ورغم ذلك يتم وضعهم في غرف انتظار مزدحمة، وغير مجهزة بوسائل الراحة، مما يزيد من حده التوتر والقلق وبالتالي حدوث العنف، فمثلاً يستحب توفير المياه، والمقاعد، وجهاز التلفاز ومباني نظيفة حتى يمكن الطلـب مـن المـرافقين الجلوس فيها وانتظار مريضهم.

وبرزت فقرة "عدم وجود مرافقة أمنية (رجال شرطة) للأشخاص أصـحاب السوابق الجرمية في صالات العلاج يؤدي إلى حدوث العنف "وهـي مـا تـسميه الدراسات الأخرى التعامل مع الأشخاص العنيفين بشكل مباشر، حيث جاءت هـذه الفقرة بدرجة موافقة مرتفعة، وبمتوسط حـسابي (4.05)، وبـانحراف معيـاري (0.9)، ووافق عليها حوالي (80%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Mephaul, 2004) حيث وجدت الدراسـة بأن التعامل المباشر مع الأشخاص العنيفين خصوصاً ذوي السوابق الإجرامية يشكل عامل خطورة على الكوادر الطبية.

ويفسر ذلك بأن غالبية الأشخاص ذوي الـسوابق الإجراميـة يـأتون إلـى المستشفيات وهم في حالة تعاطي للخمور، والمخدرات. ويكونوا في حالة من عـدم التركيز، ويطلبون طلبات لا يمكن تلبيتها من وجهة نظر طبية، كأن يطلبـوا مـن الكوادر الطبية عدم أبلاغ الجهات الأمنية عن حضورهم فلا يستطيع الكادر الطبـي تلبية طلبهم لأنه يتوجب عليه أبلاغ الجهات الأمنية وإذا لـم يقـم بـذلك يتحمـل المسؤولية القانونية.

فإذا لم يلبى طلبهم يحدث العنف؛ لاسيما وإنهم غالبا ما يحملـون معهـم أمـا أسلحة نارية، أو أدوات للإيذاء مثل: الأمواس، والعصي، وغيرها.

وبهذا الاتجاه اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسات كل من: (Boz, 2006) ودراسة (Tyler, 2007)، ودراسة (NIOSH, 2002). وأكدت هذه الدراسات بأن تعاطي الكحول والمخدرات يؤدي إلى حدوث العنف.

ففي الفقرة السابقة إذا ما تأخرت الكوادر الطبية فـي معالجـة الأشـخاص أصحاب السوابق الإجرامية فأنه يحدث العنف. وكذلك الحال جاءت نتيجـة فقـرة " التأخير في مباشرة الإجراءات العلاجية للمريض لدى وصوله يؤدي إلـى حـدوث العنف "واحتلت هذه الفقرة درجة موافقة مرتفعة، ووافق عليها حوالي(82%) مـن مجموع أفراد عينة الدراسة، ويفسر التأخير بأن المريض ومرافقيه يتصورون بأنـه لدى وصولهم المستشفى سيباشر في إجراءات العلاج فوراً نظراً لاعتقـادهم بـأن الحالة طارئة جداً، والواقع انه لدى وصولهم المستشفى يبادر إلى سؤالهم عن الحالة

المرضية، وهو سؤال مهم بالنسبة للكوادر الطبية فإذا ما كانت الحالة طارئة فعـلا وتتطلب تدخل سريع هرعت الكوادر الطبية بسرعة فائقة للقيام بـاللازم، وإذا مـا كانت من الحالات المرضية الاعتيادية استمرت الكوادر الطبية في إكمـال عـلاج الحالات الأخرى ثم الانتقال إلى هذه الحالة. هذا الانتظار الـذي يقـضيه مرافقـي المريض، والمريض نفسه يعتبرونه بأنه عدم اهتمام في الحالة وهنا يثور العنف.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Peleg, 2005) والتي ترى بضرورة تقليـل فترات الانتظار التي يقضيها المريض من خلال التخطيط الجيـد. ودراسـة(Boz, 2006)، ودراسة(Tyler, 2007)، ودراسة (Cebeci, 2008)

وترتبط الفقرة السابقة بالفقرات: " كثرة الحالات التي تراجع أقسام الإسـعاف والطوارئ تؤدي الى حدوث العنف" وكذلك "الدرايـة والثقافـة الـصحية والطبيـة للمريض ومرافقيه تؤدي الى تقليل العنف " وقد جاءت نتائج هذه الفقرات متوافقة من حيث إن زيادة أعداد الحالات يؤدي الى الاكتظاظ، وطول فترات الانتظار، وبالتالي حدوث العنف. وان الدراية والثقافة الصحية والطبية للأفراد تودي الى تقليل أعـداد الحالات وبالتالي انخفاض العنف.

وجاءت الفقرات المتعلقة بالأجهزة الطبية وهي "عدم كفاية الأجهزة الطبيـة يؤدي إلى حدوث العنف "عدم صلاحية الأجهزة الطبية يؤدي إلى حدوث العنـف " بدرجات موافقة مرتفعة ووافق عليها (78% و 85%) من مجمـوع أفـراد عينـة الدراسة على التوالي.

ولعل ذلك يعود إلى أن الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ غالباً ما تحتاج إلى أجهزة طبية، مثل: (الأشعة، والمختبر، وعربات النقل) فإذا كانت هذه الأجهزة غير كافية، أو غير صالحة، فانه يحدث اكتظاظ على الدور فتثور حفيظـة المريض، ومرافقيه، خاصة إذا ما علموا بأن جهاز الأشعة، أو أجهزة المختبر، غير صالحة.

وبدرجة موافقة مرتفعة جاءت فقرة " عمل الأطباء لفتـرات طويلـة خـلال المناوبة يؤدي إلى حدوث العنف "وفقرة " عدم وجود استراحة خلال فترات العمـل تؤدي إلى حدوث العنف " ووافق عليها (75%) من مجموع أفراد عينة الدراسـة.

واتفقت هذه النتيجة مع الدراسة التي أجرها (Fernandes, 1999) في كندا حيث وجد بأن طول فترة الدوام في أقسام الإسعاف والطوارئ يؤدي إلى حدوث العنف. ويفسر ذلك بأن الأطباء وهم حجر الزاوية في أقسام الإسعاف والطوارئ غالباً مـا تكـون مناوبتهم لمدة 24 ساعة كاملة (وتم مشاهدة ذلك خلال توزيع الاستبيان مـن قبـل الباحث)، وخلال هذه المدة لا تتوفر للطبيب أي فترة استراحة خاصة وأنه يعمل في مكان معد لاستقبال حالات طارئة كثيرة ولابد أن يشرف على كل حالة تدخل القسم. فالإنسان بعد ثمان ساعات من العمل يقل نشاطه، وتصبح قدرته أقل، ولا يستطيع أن يقدم في الساعة رقم (24) ما يقدمه في الساعات الأولى خاصة إذا ما علمنـا بـأن الحالة الأخطر قد تأتي في الساعة رقم 23 أو 24.

وبالدعم والتحفيز المادي والمعنوي يمكن أن تتطور الخدمات الصحية وبهذه الصدد جاءت فقرة " الحوافز المادية للعاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ تـؤدي إلى تقليل العنف "وجاءت بدرجة مرتفعة، ويفسر ذلك بأنه إذا ما تـم تقـديم الـدعم المادي للكوادر الطبية فأن إنتاجيتهم سوف تزداد، وتحملهم سوف يكون أكبر إذا ما نظروا إلى ما يحصلوا عليه من أجور مقارنة مع زملائهم في المهنة فـي الأقـسام الأخرى.

وحول آليات أبلاغ ذوي المريض جاءت الفقـرات "أبـلاغ ذوي المـريض بطريقة مفاجأة عن حالات الوفاة يؤدي إلى حدوث العنف "عدم وجود جهة محـددة لإبلاغ ذوي المريض عن خطة العلاج يؤدي إلى العنف "وجاءت الفقرتين بدرجـة موافقة مرتفعة ويمكن تفسير ذلك بأنه غالباً ما يقوم أحد الكوادر الطبية بالخروج من غرفة العمليات والإسعاف ويبلغ ذوي المريض (غير المستعدين لتلقي الخبر) بـأن مريضهم قد فارق الحياة.

وهنا يبدأ العنف بالظهور، ويمكن تفادي ذلك الأمر بوجود جهة محددة لإبلاغ ذوي المريض بالخبر حيث تقوم هذه الجهة باتخاذ كافة الاحتياطات المناسبة، ومـن أهمها: توصيل الخبر على دفعات، وليس بشكل مفاجئ لا يمكن تحمله من الإنـسان الصبور فكيف بالإنسان المتوتر والقلق.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة (Tyler, 2007) والتي وجدت بـأن القلـق والاضطرابات النفسية تؤدي إلى حدوث العنف.

رابعا: العوامل الاقتصادية

احتلت العوامل الاقتصادية المرتبة الرابعة على المستوى الكلي بين العوامل المؤدية الى حدوث العنف بمتوسط حسابي بلغ (3.4)، وبـانحراف معيـاري بلـغ (0.74) وبدرجة موافقة متوسطة.

وبمناقشة الفقرات المتعلقة بالعوامل الاقتصادية جاءت الفقرة "عدم توفر أجور العلاج مع المريض يؤدي إلى حدوث العنف " بالترتيـب الأول و بدرجـة موافقـة مرتفعة، وبمتوسط حسابي(3.9) وبانحراف معياري (0.98)، ووافق عليها حوالي (76%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

ولعل ذلك يفسر بأن غالبية الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطـوارئ تتم في حالة مفاجئة وقد لا يكون المريض، أو مرافقيه يحملون النقود لا سيما إذا ما علمنا بأن هناك إجراءات محاسبية تتطلـب المحاسـبة عليهـا، مثـل: التـصوير الإشعاعي، والتحاليل الطبية، وخاصة الأشخاص غير المؤمنين أو المؤمنين الذين لا يحملون بطاقات التأمين الصحي مما يترتب عليه التأخير فـي إجـراءات العـلاج وبالتالي حدوث العنف.

ولا يعني تأخير الإجراءات التأثير على الحالات الطارئة، إذ يتم إجراء جميع ما يلزم للحالات الطارئة حفاظاً على حياة المريض، ولا يمكن علـى الإطـلاق أن تؤثر الإجراءات المحاسبية على الإجراءات الطبية اللازمة لإنقاذ حيـاة المـريض، وغالبا ما تكون المعضلة في الحالات غير الطارئة.

وجاءت الفقرة " ارتفاع تكاليف العلاج يؤدي إلى حدوث العنف "في المرتبـة الثانية وبدرجة موافقة متوسطة، وبموافقة(64%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

واتفقت الدراسة في هذه النتيجة مع دراسة (Cebeci, 2008) التي أجرتها في تركيا، ووجدت بأن عدم مقدرة المرضـى، ومـرافقيهم علـى دفـع فـاتورة المستشفيات؛ نظراً لارتفاع أسعارها يؤدي إلى حدوث العنف.

ويفسر ذلك بأن هناك العديد من الحالات مثل (حوادث السير، والمشاجرات) لا يتم علاجها على حساب التأمين الصحي؛ ولابد من المحاسبة عليها. وهذا الأمـر يختلف عما هو في ذهن المرافق، أو المريض حيث يعتقد المريض ومرافقيه بأنـه مؤمن ولا يستلزم علاجه المحاسبة عليه، مما يترتب عليه حدوث العنف، ويـضاف إلى ذلك أن الإنفاق على الصحة يعتبر أمرا خارجا عن حسابات الأسرة في الأردن وعبء إضافيا على كاهلها، وخاصة الأسر ذات الدخل المحدود ومـا أكثـر هـذه الاسر.

ويؤيد ذلك نتيجة الفقرة التي احتلت المرتبة الثالثة وهي "يحدث العنف عندما يكون المراجعون من المستوى الاقتصادي المنخفض "حيث جاءت بدرجـة موافقـة متوسطة، ووافق عليها حوالي(43%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

فارتفاع تكاليف العلاج، والإجراءات الطبية (الكشفية) عندما لا تكون الحالـة مشمولة بالتأمين الصحي (حوادث السير)، أو المراجعين مـن الأشـخاص غيـر المشمولين بالتأمين الصحي، وهم من أصحاب المستوى الاقتصادي المنخفض فـلا يستطيعون تحمل هذه التكاليف ويعتبرونها مجحفة فيلجون إلى إحداث العنف للتعبير عن ذلك.

وأخيراً يرى حوالي ربع أفراد عينة الدراسة (28%) بأن العنف يحدث عندما يكون المراجعون من المستوى الاقتصادي المرتفع، في حين يرى حـوالي (38%) من مجموع أفراد عينة الدراسة غير ذلك. ولعل ذلك يعود إلى أن الأفراد مـن ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع يعتبرون أنفسهم من الطبقة العليا ويجب ان يلقوا معاملة حسنة وسريعة، وهذا ما يصعب تحققه في ضوء الاكتظـاظ الـذي تـشهده أقـسام الإسعاف والطوارئ، وبالتالي إثارة العنف وتحويل مريضهم إلى مستشفى خـاص. اما عن انخفاض النسبة(28%) فيفسر ذلك بأن الأفراد من ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع غالبا ما يلجون إلى القطاع الخاص حيث الخدمة الفندقية والعلاج.

خامسا: العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية

احتلت العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية المرتبة الخامـسة علـى المـستوى الكلي، وبدرجة موافقة متوسطة،وبمتوسط حسابي بلغ(3.36)، وبانحراف معيـاري (0.51).

وباستعراض فقرات العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية، جاءت الفقرة " حـسن مهارات الاتصال لدى الكوادر الطبية يؤدي إلى تقليل العنف" في المرتبة الأولـى، وبدرجة موافقة مرتفعة، ووافق عليها حوالي(87%) من مجمـوع أفـراد عينـة الدراسة.وفي هذه النتيجة اتفقت الدراسة مع نتائج الدراسة التي أجرتهـا المؤسـسة الوطنية للصحة والسلامة في المواقع الوظيفية (NIOSH, 2002)، حيث أظهـرت الدراسة بأن قلة تدريب الكوادر الطبية، ونقص السياسات المتعلقة في إدارة الأزمات مع المرضى سريعي الاستثارة والهياج هو أحد العوامل المؤدية إلى حدوث العنف، كما اتفقت مع دراسة (Lin, 2008) التي أجراها في جنوب تايون.

ويمكن تفسير ذلك بأن مهارات الاتصال الجيدة تؤدي إلـى تقليـل العنـف، خاصة إذا ما تم استخدامها وبشكل جيد في بداية مراحل العنف أي منـذ اللحظـات الأولى.

فالمرضى والمرافقين غالباً ما يكونوا في حالة هياج وقلق على مريضهم فإذا ما وجدوا تعامل طيب من الناحية الاجتماعية وأسلوب طبي يقلل من توترهم فـإنهم سوف يتعاملون مع الكوادر الطبية بالحسنى.

وخلاف ذلك فان أي معاملة اجتماعية غيـر لائقـة حـسب رأيهـم (مثـل مصطلحات أجلس في القاعة، الجميع خارج المستشفى)، وتأخر الإجراءات الطبيـة فإن هذا كله سينعكس على سلوك المريض، ومرافقيه، وبالتالي لا يصبح هنـاك إلا طريق واحد وهو حدوث العنف.

وفي المرتبة الثانية جاءت الفقرة " عدم تجاوب الكوادر الطبية مع الأشخاص الراغبين في الحصول على الأدوية المخدرة " المحظورة إلا بوصفة طبية " وبدرجة موافقة مرتفعة، وبمتوسط حسابي بلغ (4.4)، وبـانحراف معيـاري بلـغ (1.06) درجة، ووافق عليها حوالي(76%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

ويفسر ذلك بأن الأشخاص الراغبين بالحصول على الأدوية المخدرة يكونون غالبا من متعاطي المخدرات،أو الكحول على الأقل، وقد اتفقت هـذه النتيجـة مـع دراسة المؤسسة الوطنية للصحة والسلامة في المواقع الوظيفية (NIOSH, 2002) والتي ترى بأن تعاطي الكحول، والمخدرات، من أحد أهم العوامل المؤدية للعنف في المستشفيات. وكذلك دراسة (Boz, 2006)، ودراسـة (Tyler, 2007)، وأخيـراً دراسة(Mephaul, 2004)، التي وجدت بأن التعامل المباشر مع الأشخاص العنيفين وخصوصاً ذوي الأسبقيات الجرمية يشكل عامل خطورة على الكوادر الطبية

ولعل ذلك يعود إلى أن هذه الأدوية التي تحتوي في مكوناتها مواد مخدرة لا يسمح بصرفها إلا بوصفة طبية وخلاف ذلك تتحمل الصيدليات المسؤولية القانونيـة إذا ما قامت بصرفها، فعدم تجاوب الأطباء مع رغبة هؤلاء الأشخاص في كتابة مثل هذه الأدوية المخدرة يؤدي إلى إثارة الأشخاص الراغبين بالحصول عليها- وخاصة أنهم غالباً ما يكون من الأشخاص سريعي الاستثارة ومتناولي المخدرات والكحول - ولا يكون هناك نتيجة إلا العنف، وغالباً ما يكون العنف الشديد الذي يترتـب عليـه نتائج قاسية على الكوادر الطبية، وممتلكات المستشفى.لان هؤلاء الأشخاص غالبا ما يحوزون معهم أسلحة نارية، أو أدوات جرميه أخرى، مثل الأمـواس، والـسكاكين وغيرها.

وجاءت في المرتبة الثالثة الفقرة "عدم توفر عمال نقالة مـدربين لإسـعاف المريض يؤدي إلى حدوث العنف "وبدرجة موافقة مرتفعة، وبمتوسط حسابي(3.8) وبانحراف معياري (0.9)، ووافق عليها (73%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

وتتفق هذه النتيجة مع تناقص أعداد عمال التمريض في وزارة الصحة،حيث تشير الإحصائيات بأن عدد عمال التمريض عام 1999 بلغ 1885عامل وعاملة، ثم تناقص هذا العدد عام 2003 ليبلغ 1474عامل وعاملة، ثم تتالى هذا التناقص ليصل في عام 2006 إلى 1258عامل وعاملة، وفي عام 2008 وصل العدد إلـى 1081 عامل وعاملة

ولا نجد تفسير إلى هذا التناقص خاصة إذا ما علمنا بأن توفر عمال تمريض مدربين على كيفية استقبال الحالات والتعامل معها طبياً، واجتماعياً يؤدي إلى بعـث الراحة والطمأنينة في نفس المريض، ومرافقيه، وبالتالي الابتعاد عن حدوث العنف.

ويؤيد ذلك أن(10%) فقط من مجموع أفراد عينة الدراسة غيـر مـوافقين على أن توفر عمال تمريض مدربين على إسعاف المريض بواسطة النقالة لا يؤدي إلى تقليل العنف.

واحتلت أهمية الأخطاء الطبية مرتبة متقدمة وهي متـضمنة فـي الفقـرة " حصول الأخطاء الطبية يؤدي إلى حدوث العنف "وكانت بدرجة موافقـة مرتفعـة، ووافق عليها حوالي(72%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

ويفسر ذلك بأن حدوث أخطاء طبية مع حالات مرضية سابقة أدى إلى تولـد الشك والريبة لدى المرضى، والمرافقين من الإجراءات الطبية، وخاصةً إذا ما علمنا بأنه لا يوجد قانون يحاسب الكوادر الطبية على الوقوع في مثل هذه الأخطاء الطبية.

ويرى حوالي (50%) من أفراد عينة الدراسة بأن استخدام الهواتف الخلوية أثناء العمل من قبل الكوادر الطبية يؤدي إلى حـدوث العنـف و بدرجـة موافقـة متوسطة، وهذا متضمن بالفقرة " كثرة استخدام الهواتف الخلوية من قبـل الكـوادر الطبية أثناء العمل تؤدي إلى حدوث العنف ".

ولعل ذلك يفسر بأن الأجهزة الخلوية انتشرت بشكل سريع وكبير في المجتمع الأردني، فأما ان يكون الإنسان مشغولاً بتلقي اتصال، أو إجراء اتصال أو رسالة، مما يجعله مشغولاً، واهتمامه ينصب على أمر غير العمل، وهذا يؤدي إلـى تولـد شعور لدى المريض ومرافقيه بأن هذا الشخص مهـتم بالجهـاز الخلـوي ولـيس بالمريض وبالتالي حدوث العنف.

وتتفق نتائج الفقرة " الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ من ذوي الخيرة الحديثة "والفقرة " قلة خبرة العاملين في أقسام الإسـعاف والطـوارئ تؤدي إلى حدوث العنف.

حيث جاءت الفقرتين بدرجة موافقة متوسطة، ويرى حوالي نـصف أفـراد عينة الدراسة (47%) بأن الكوادر العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ مـن ذوي

الخبرة الحديثة، كما يرى حوالي نصف أفراد العينة(46%) بأن قلة خبرة العـاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ تؤدي إلى حدوث العنف.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Lin, 2008) التي أجريت في جنوب تـايوان ووجدت بأن قلة خبرة الممرضات العاملات في أقسام الإسعاف والطوارئ هو أحـد العوامل المؤدية للعنف.

بمعنى أن العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ من ذوي الخبرة الحديثـة وأن الخبرة الحديثة تؤدي إلى حدوث العنف حـسب رأى حـوالي نـصف عينـة الدراسة0 ويفسر ذلك بان الكوادر الطبية حديثة الخبرة ليس لديها القدرة على تحمل تصرفات المرضى، والمرافقين، لعدم مرورهم بالتجربة سابقا، ولم يدرسـوها فـي الجامعات والكليات،وان لديهم تصور بانه لا يمكن الاعتداء عليهم كـونهم يقـدموا خدمة للمرضى ويضاف إلى ذلك ان الخبرة المهنية تمكن الكوادر الطبية من فهـم وكيفية إدارة الأزمة مع المرضى والمرافقين.

وفيما يتعلق بتعامل الكوادر الطبية مع حالات العنف فيمـا إذا كانـت حالـة عرضية تتطلب تحملها، أم أنها مشاجرة بين طرفين، جاءت نتائج الفقرات "تتعامـل الكوادر الطبية مع حدوث العنف على أنه حالة عرضية يمكـن تحملهـا "والفقـرة "تتعامل الكوادر الطبية مع العنف على أنه مشاجرة بين طرفين ".

فقد جاءت الفقرتين بدرجة موافقة متوسطة، ورأى (46%) من مجموع أفراد عينة الدراسة بأن الكوادر الطبية تتعامل مع العنف على أنه حالة عرضـية يمكـن تحملها، وكذلك رأى (42%) من مجموع أفراد عينة الدراسة بأن الكوادر تتعامل مع العنف على أنه مشاجرة بين طرفين.

وهي نتائج متقاطعة إلى حد ما، حيث يرى نصف أفراد العينة تقريبـاً بـأن العنف حالة عرضية يمكن تحملها، والنصف الأخر يرى بأنها مشاجرة بين طـرفين يمكن التعامل معها في هذا الاتجاه.

ولعل ذلك يفسر بأن الثقافة الاجتماعية السائدة لـدى المجتمـع الأردنـي - والكوادر الطبية جزء منه- لا تسمح للشخص بأن يعتدي عليـه ويبقـى صـامتاً لا يحرك ساكناً بل لابد له من الرد على مثل هذا الاعتداء.

وعلى الطرف الأخر فإن هناك تغير في الثقافة الاجتماعية من حيث عدم أخذ الحق باليد بل لابد من اللجو إلى القانون، أو التسامح. فلا زال المجتمع الأردني والذي تمثله الكوادر الطبية في هذه الدراسة في مرحلة الوسط فمرة يميل إلى أخذ الحق باليد،ومرة أخرى باللجو إلى القانون وتحصيل الحقوق بالطرق القانونية.

وأخيراً جاءت الفقرات المتعلقة بأعداد الكوادر الطبية وكانت متضمنة في الفقرات " أعداد الكوادر الطبية غير الأطباء كافية للقيام بالعمل "عدد الأطباء كافي للقيام بالعمل "وحصلت الفقرتين على درجة موافقة متوسطة، ولم يوافق عليها أكثر من نصف عينة الدراسة (52%،64%) على التوالي، أي أن أعداد الكوادر الطبية (الأطباء والمهن الأخرى) غير كافية للقيام بأعباء العمل.

ويمكن تفسير ذلك بزيادة عدد الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ وأن هذه الحالات تراجع في أوقات متزامنة، ولا يمكن تأجيل أي حالة منها، فمثلاً يأتي إلى قسم الإسعاف والطوارئ ثلاث، أو أربع حوادث سير متزامنة، أو مشاجرات وغيرها فإذا كان طبيب أو طبيبين في قسم الإسعاف والطوارئ فكيف له القيام بالعمل بالشكل المناسب والمطلوب.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Peleg, 2005) التي أجراها في إسرائيل والتي وجدت بأنه يستلزم زيادة عدد الأطباء؛ لتحسين النسبة والتناسب بين عدد الأطباء والمرضى والمراجعين.

سادسا: العوامل المناخية

احتلت العوامل المناخية المرتبة السادسة والأخيرة على المستوى الكلي بين العوامل المؤدية لحدوث العنف في المستشفيات الحكومية، ولا يعني احتلالها للمرتبة الأخيرة هي قلة أهميتها بل يعني زيادة أهمية العوامل الأخرى.

وجاءت العوامل المناخية بدرجة موافقة متوسطة، وبمتوسط حسابي بلغ(3.3) وبانحراف معياري بلغ (0.77).

وبالنظر إلى فقرات العوامل المناخية فقد احتلت الفقرة " أغلب حالات العنف تحدث في الليل " المرتبة الأولى وبدرجة موافقة مرتفعة، ووافق عليها أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة (55%).

ولعل ذلك يفسر بأن عدد الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ في الليل أكثر منها في النهار؛ ويعود ذلك إلى أن العيادات الاختصاصية تكون مفتوحـة في النهار وتتوزع الحالات المرضية عليها، أما في الليل فإن جميع الحالات تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ.

ويضاف إلى ذلك بأن الأشخاص ذوي السوابق الإجرامية غالباً ما يأتون إلى المستشفيات في أوقات الليل وخاصة المتأخرة منها للحصول على الأدوية المخـدرة المحذور صرفها إلا بوصفة طبية.

وكما يحدث العنف في الليل فانه يحدث في النهار ولكن بنسبة اقل،وهذا مـا تضمنته الفقرة " أغلب حالات العنف تحدث في النهار"والتي جاءت بدرجة موافقـة متوسطة ووافق عليها حوالي ثلث أفراد عينة الدراسة (35%)، فالعنف موزع بـين الليل والنهار ففي الليل يكون احتمال حدوثه أكثر.

ولا يقتصر حدوث العنف على فصل من الفصول فقد جاءت نتائج الفقرات " أغلب حالات العنف تحدث في فصل الصيف " أغلب حالات العنـف تحـدث فـي الشتاء" لتوضيح ذلك فقد جاءت الفقرتين بدرجة موافقة متوسطة، ولكن متباينة بـين أراء أفراد عينة الدراسة فيرى حوالي نصف أفراد عينة الدراسة (47%) بأن العنف يحدث في فصل الصيف، وثلث عينة الدراسة (33%) بأن العنف يحدث في فـصل الشتاء.

وتتفق هذه النتائج مع ما أكدته الإحصائيات الفرنسية من عام 1826-1830 والتي قام بها العالم كتليه والتي انتهت بوضع قانون أسماه " القانون الحراري للمناخ " ويقوم هذا القانون على أساس بأن الجرائم تختلف من مكان لأخر باختلاف درجـة الحرارة، وقد أثبتت الإحصائيات بأن جرائم العنف ضد الأشخاص، وجرائم الدم تبلغ ذروتها في جنوب فرنسا بالمقارنة مع شمالها، أي تـزداد فـي المنـاطق الحـارة وتنخفض في المناطق الباردة.

وقد أيد هذا القانون كل من دراسات جيري في فرنسا، وفيري وجارو فيلد في إيطاليا، وسيو سميث وكوهين في الولايات المتحدة الأمريكية (صالح، 2003).

ويفسر ذلك بأن الأفراد في فصل الصيف غالباً لا يدخلون إلى بيوتهم إلا في ساعات متأخرة من الليل، ويقضون أوقاتهم في العمل، والأسواق، مما يؤدي إلى الازدحام الذي يترتب عليه توتر الأعصاب، والهياج وبالتالي حدوث العنف في الأسواق والعمل وانتقال هذا العنف إلى المستشفيات.

مناقشة السؤال الثاني: وهو ما مدى انتشار العنف بين الكوادر الطبية العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية؟

تشير البيانات بأن (780) من أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم (963) أجابوا بتعرضهم للعنف ولو لمرة واحدة على الأقل، وهو ما يشكل نسبة (82%) من مجموع أفراد عينة الدراسة. وأن (104) قد أجابوا بعدم تعرضهم للعنف، وهو ما يشكل نسبة (11%) من أفراد عينة الدراسة، ولم يجيب على هذا السؤال(التعرض للعنف) (بنعم أو لا) (79) فرد أي ما نسبته (7%) أي لم يحددوا موقفهم من التعرض للعنف.

يتضح مما سبق بأن نسبة التعرض للعنف بين الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية هي نسبة مرتفعة حيث بلغت (82%) وتشتمل على العنف بكافة أنماطه.

وتختلف الدراسة في هذه النتيجة مع دراسة (Hodgson, 2004) حيث بلغت نسبة التعرض للعنف في دراسته من(1-26%)، كما تختلف مع الدراسة التي أجرتها وحدة الشؤون الاقتصادية والسياسة الصحية في المملكة المتحدة وبلغت نسبة التعرض للعنف بشكل عام حوالي(33%) من المستجيبين للدراسة، وأجريت تلك الدراسة للتعرف إلى مدى انتشار العنف في الستة شهور التي سبقها.

ولعل ذلك يفسر بأن دراسة وحدة الشؤون الاقتصادية والسياسة الصحية أجريت بمدة محددة وهي ستة شهور (أي العنف الذي تعرضت له الكوادر خلال ستة شهور) وهذه الفترة تعتبر قصيرة جداً أو لا تكاد تذكر إذا ما قيست بالفترة التي أجريت عليها هذه الدراسة، فقد رأينا في هذه الدراسة بأن وزارة الصحة أنشئت عام 1950ومنذ ذلك التاريخ لم تتم دراسة واحدة لمعرفة مدى انتشار العنف ضد الكوادر الطبية. ويضاف الى ذلك اختلاف الثقافة الاجتماعية بين مجتمع الدراستين.

واتفقت الدراسة في هذه النتيجة مع دراسة (J.C.Mackin, 2001) والتـي أجريت على ثلاث مناطق في المملكة المتحدة، وهي: ايرلندا الشمالية، وجنوب نهر التايمز، وشمال غرب انجلترا، وكانت عينة تلك الدراسة مقاربة إلى حد ما مع عينة هذه الدراسة حيث بلغت عينتها (713) طبيباً. وأظهرت دراسته بأن نسبة التعـرض للعنف بشكل عام كانت(90.7%)، ولعل ارتفاع نسبة التعرض للعنف بشكل عـام (فـي المستـشفيات) هـو نتـاج لارتفـاع نـسبته فـي القطاعـات المختلفـة (الجامعات،المدارس، الأسواق) والتي تتفاعل مع بعضها البعض كأنساق متداخلـة، كما تعود نسبة الارتفاع لاحتواء العنف على العديد من الأنماط المختلفة(الجـسدي، النفسي) والتي يؤدي ارتفاع نسبها إلى رفع نسبة العنف بشكل عام، ويعتبـر هـذا الارتفاع الكبير مؤشراً لأصحاب القرار لاتخاذ ما يلزم حيال هذا الموضوع، وكذلك بذل الجهد الحثيث لإجراء المزيد من الدراسات لمعرفة العوامل المؤدية إليه، ومدى انتشاره، والآثار المترتبة عليه.

مناقشة السؤال الثالث وهو ما هي أنماط العنف الـسائدة فـي أقـسام الإسـعاف والطوارئ في المستشفيات الحكومية.

تم تقسيم العنف في هذه الدراسة إلى نمطين: (العنـف الجـسدي، والعنـف النفسي) واشتمل العنف النفسي على الفقرات التالية: (الـسب والـشتم، والتهديـد، والبصق، والتحقير، والسخرية والتهكم، وإشهار السلاح) فيما اشتمل العنف الجسدي على الفقرات التالية (الضرب باليد، الدفع (الدفش)، الركل، الضرب بأداة، الاحتجاز، الإلقاء على الأرض، إطلاق النار).

وأظهرت نتائج تحليل البيانات بأن العنف الموجه ضد الكوادر الطبيـة فـي المستشفيات الحكومية يتخذ النمطين السابقين، وبلغت نسبة التعرض للعنف الجسدي (58%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، وبعدد مـرات بلغـت (12400) مـرة تعرض للعنف، فيما بلغت نسبة التعرض للعنف النفـسي(42%) وبعـدد مـرات تعرض للعنف بلغت (9085) مرة.

ولا تتفق الدراسة في هذه النتيجة مع الدراسات الأخرى حيث أظهرت العديد من الدراسات تفوق نسبة العنف النفسي على العنف الجسدي وهذه الدراسات هـي:

دراسة (Dabak. 2008) في تركيا وبلغت نسب العنف فيها: (العنف النفسي67%، العنف الجسدي16%)، ودراسة (Yoshikawa, 2008) في اليابان وبلغت نسب العنف فيها:(العنف النفسي24%، العنف الجسدي2%)، ودراسة(Peleg, 2005) في إسرائيل وبلغت نسب العنف فيها: (العنف النفسي99%، العنف الجسدي30%) ودراسة (Tyler, 2007) في الولايات المتحدة الأمريكية، وبلغت نسب العنف فيها: (العنف النفسي98%، العنف الجسدي63%)، ودراسة (Shoghi, 2008) في إيران وبلغت نسب العنف فيها: (العنف النفسي85%، العنف الجسدي19%)، ودراسة (Christiane, 2003) في هونغ كونغ، وبلغت نسب العنف فيها:(العنف النفسي95%، العنف الجسدي76%)، ودراسة وحدة الشؤون الاقتصادية والسياسة الصحية في المملكة المتحدة.

وتتفق النتيجة التي توصلت إليها الدراسة (تفوق نسبة العنف الجسدي على العنف النفسي) مع دراسة (Fernandes, 1999) التي أجراها في مستشفى سانت بول في بولندا، وأظهرت نتائجها بتفوق العنف الجسدي على العنف النفسي حيث بلغت نسبة التعرض للاعتداء الجسدي (97%) من المستجيبين للدراسة، فيما بلغت نسبة التعرض للعنف اللفظي والشتائم(92%).

ولعل الاختلاف بين نتيجة هذه الدراسة والدراسات والأخرى يعزى إلى أن هناك الكثير من السلوكيات التي تعتبر عنفا من وجهة نظر الثقافات الغربية في حين هي ليست كذلك في الثقافة العربية بشكل عام والأردنية بشكل خاص. فمثلاً رفع الصوت، واخذ الأشياء من يد حائزها بقوة تعتبر سلوكاً عنيفاً من وجهة نظر الثقافة الغربية ولا تعتبر كذلك في الثقافة العربية، أو أنها تعتبر عنفاً ولكن يتم إيجاد مبرر لها، وهي حالة القلق والتوتر ولا تعبر عنها الكوادر الطبية لدى سؤالها بأنها تعرضت للعنف النفسي.

بمعنى أن بعض السلوكيات يتم تبريرها أو لاً تعتبر عنفا في نظر الثقافة العربية والأردنية؛ لذلك انخفضت نسبة التعرض للعنف النفسي عنه في المجتمعات الغربية.في حين أن الفقرات الدالة على العنف الجسدي هي فقرات واضحة لدى المستجيبين للدراسة، ومتعارف عليها في المجتمع وغالباً لا يتم إيجاد تبرير

للسلوكيات الدالة على العنف الجسدي، مثل: الضرب باليد، والأداة، بل على العكس من ذلك يتم التعامل معها بكل حزم، والمطالبة بإنزال أشد العقوبات بمرتكب مثـل هذه السلوكيات.

وفيما يتعلق بفقرات العنف النفسي فقد احتلت فقرة الـسب والـشتم المرتبـة الأولى وبنسبة(38%) من مجموع أفراد عينة الدراسة؛ ولعل ذلك يعـود إلـى أن السب والشتم يتضمن في محتواه الكثير من الألفاظ فأي لفظة غير لائقـة أو تمـس شعور الكوادر الطبية تعتبر متضمنة في السب والشتم، ويضاف إلى ذلك أن العديـد من الأفراد اعتادت ألسنتهم على ألفاظ تعتبر بالنسبة للآخرين سب وشتم.

وأخيراً فإن المريض والمرافقين غالباً ما يكونوا في حالة من التوتر والضغط فيكون السب والشتم بالنسبة لهم هو طريق التنفيس بدلاً من ارتكاب العنف الجسدي، وهذا ما تتضمنه نظرية التطهير والتنفيس السابق ذكرها(ويعد فيشباك مـن أشـهر روادها) أي يكون السب والشتم بداية حلقات العف وينتهي عند هذا الحد ولا يتطور إلى أبعد من ذلك.

ويحتل التهديد المرتبة الثانية في أشكال العنف النفسي وبنسبة مئويـة بلغـت حوالي ثلث عينة الدراسة (32%)، أي ان ثلث أفراد عينة الدراسة قـد تعرضـوا للتهديد، وهي نتيجة تعتبر منطقية بالنظر الى أنواع التهديـد التـي يتعـرض لهـا الموظف، حيث يتعرض أولاً: للتهديد بأنها حياته، ثم التهديد بضربه، أو أطلاق النار عليه، أو التعرض لأسرته، أو ممتلكاته، أو أقاربه، وأخيراً التهديد بتقـديم شـكوى بحقه لدى الإدارة المسئولة عنه. فهذه الأنماط غالباً ما ترافق التوتر والهياج الـذي تبدأ به حلقات العنف.

ونظراً لأن التهديد يشكل عامل ضغط نفسي كبير على الشخص المهدد فـإن المشرع أهتم به وافرد له نصوص قانونية خاصة، ومميز بين إذا ما كـان التهديـد بإيقاع جناية، أو جنحة، كما تشدد في العقوبة إذا ما أرتكب التهديد بحـق الموظـف أثناء تأدية وظيفته، أو بحكم ما أجراه من عمل.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Tyler, 2007) التي وجدت بأن (98%) من أفراد عينة الدراسة قد تعرضوا للتهديد خلال عملهم.

وتفسر زيادة نسبة التهديد بأن كثيرة من الألفاظ تستخدم وتحمل معنى قانوني كبير (قد تصل إلى التهديد بجناية) ولكنها في حقيقة الآمر مجرد كلام عفوي صادر من شخص في حالة عصبية ما يلبث أن يعود إلى رشده ويندم على ما فعله.

ويأتي إشهار السلاح في المرتبة السادسة والأخيرة وبنـسبة بلغـت(3%)، وهذه النتيجة متوافقة مع الدراسة التي أجرتها المؤسسة الوطنية للصحة والسلامة في المواقع الوظيفية (NIOSH, 2002) والتي وجدت بأن استخدام السلاح، وإدخالـه إلى غرف وصالات العلاج، يشكل أحد العوامل المؤدية إلى حدوث العنف. كما تتفق مع دراسة (Sari, 2006) التي وجدت بأن دخول المرافقين، والمرضى لـصالات العلاج، واستخدام السلاح يؤدي إلى حدوث العنف.

ولعل ظاهرة حمل السلاح داخل المؤسسات الرسمية مثل المستـشفيات مـن الظواهر الغريبة على المجتمع الأردني خاصة في ظل إصدار قوانين تمنع الحصول على رخصة لحمل السلاح إلا في ظروف استثنائية، فغالباً ما تكون هـذه الأسـلحة بحوزة أصحاب السوابق الإجرامية، والذين يحملونها خوفاً على حيـاتهم ويقومـون باستخدامها عندما يكونوا في حالة من الهياج وعدم تمالـك الأعـصاب، أي وهـم متعاطي الكحول، والمخدرات. وهي نسبة بسيطة إذا ما قيست بالأشـكال الأخـرى للعنف النفسي.

أما العنف الجسدي والذي جاء متقدماً على العنف النفسي فأن فقراتـه جـاءت على النحو التالي:

جاء استخدام اليد، والرجل، كأدوات للعنف الجسدي في المراتـب المتقدمـة فالضرب باليد بلغت نسبته (26%)، والدفع (الدفش) من خلال اليد أيضاً بلغت نسبة (21%)، والركل بالقدم بلغت نسبة(18%)، أي أن اسـتخدام أعـضاء الجـسم كأدوات للعنف الجسدي (اليد، الرجل) بدون اشتراك أي أداة خارجية بلغـت نـسبته (65%).

أي أن حوالي ثلثي أفراد عينة الدراسة تعرضوا للعنف الجسدي مـن خـلال أعضاء الجسم (اليد والرجل)، واتفقت هذه النتيجة مع دراسـة (Shoghi, 2003)

في إيران والتي وجدت بأن العنف يحدث بدون استخدام أي أدوات بـل باسـتخدام الهجوم الجسدي.

ويفسر ذلك بأن غالبية الأشخاص المراجعين لأقسام الإسـعاف والطـوارئ سواء أكانوا مرضى، أم مرافقين، لا يكونوا في وضع استعداد لأحداث العنف؛ لذلك لا تكن في حوزتهم أدوات لاستخدامها إذا ما حدث العنف.بل يكون جـل اهتمـامهم إسعاف مريضهم، والاطمئنان عليه فإذا حـدث العنـف فـإن الأدوات المتـوفرة للاستخدام هي: اليد، والرجل وهذا مؤشر بأن نتائج هذا العنف غير مميتة، ويمكـن التعامل معها والسيطرة عليه بسهولة.

وجاءت في المرتبة الثانية فقرة " الضرب بـأداة " وبنـسبة مئويـة بلغـت (11%)، أي أن عشر عينة الدراسة تعرضوا للعنف الجسدي من خـلال اسـتخدام أداة، وكلمة الأداة تشمل أي مادة باستثناء الأسلحة النارية، وبهذا الاتجـاه وجـدت الدراسة التي أجراها (Shoghi, 2003) في إيران بأن الأدوات المـستخدمة فـي العنف هي: أكياس التغذية، والحقائب، وأوعيـة الأقـلام، والـشفرات الجراحيـة، والزجاج، والهواتف، والأحذية، وأحياناً الهجوم بدون استخدام أي أدوات بل بالهجوم الجسدي. ولعل استخدام هذه الأدوات يؤيد الفقرة السابقة وهي أن الأفراد لا يـأتون وفي نيتهم إجراء العنف، بل يحدث العنف في ظرف طارئ ويستخدمون خلالـه أي مادة متوفرة.

ولكن بعض هذه الأدوات قد يؤدي إلى إحداث أضرار وإصابات جسيمة، وخاصـة استخدام المقصات، والشفرات الطبية، أو إتلاف أكياس التغذية المرصودة للمرضى.

وتأتي في المرتبة السابعة والأخيرة فقرة "إطلاق النار" ولعل ذلك يتوافق مع فقرات العنف النفسي حيث جاءت فقرة "إشهار السلاح الناري" في المرتبة الأخيرة.

ويفسر إطلاق النار في المستشفيات الحكومية سواء كان موجه إلى الكوادر الطبيـة، أم إطلاق العيارات النارية في الهواء بأنه يعود لأحد السببين التاليين:

السبب الأول: في حالة المشاجرات وخاصة الجماعية منها، والتي تتسبب في أحداث إصابات بليغة، ووفيات،حيث يتجمهر غالبية أقرباء المصابين أمام المستشفى، وفـي

صالات العلاج، وتزداد الأمور سواء إذا حضر الطرف الأخر إلى نفس المستشفى، وقد يحدث الإطلاق إذا توفى أحد المصابين فجأة.

والسبب الثاني: يكون إطلاق النار من الأشخاص أصحاب السوابق الإجرامية إذا حصلت مشاجرات فيما بينهم.

وحالات إطلاق النار قليلة، ونتمنى أن لا تزيد في المستقبل القريب، وأن يكون هناك استراتيجيات للوقاية من العنف، وعلى رأسها منع دخول الأسلحة إلى المستشفيات، والدوائر الرسمية، والتعاون مع الأجهزة الأمنية للإبلاغ عن حملة الأسلحة النارية لأنها حملها بطبيعة الحال مخالفاً للقانون حتى وأن لم تستخدم في الإطلاق.

مناقشة السؤال الرابع: وهو من هم مرتكبي العنف من وجهة نظر الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية ؟

أظهرت نتائج الدراسة بأن(747) من أفراد عينة الدراسة – أي حوالي ثلاث أرباع عينة الدراسة (78%) – أشاروا الى ان مرتكبي العنف هم مرافقي المريض، فيما أشار ربع أفراد عينة الدراسة (22%) الى ان مرتكبي العنف هم المرضى أنفسهم. وبهذه النتيجة اتفقت الدراسة مع دراسة (Dabak, 2008) في تركيا حيث وجدت دراسته بأن نسبة مرتكبي العنف من أقارب وأصدقاء المريض كانت حوالي (36%)،ونسبة ارتكاب العنف من المرضى كانت (20%)

كما اتفقت مع دراسة (Pelg, 2005) في اسرائيل حيث وجدت بأن (69) طبيبا تعرضوا للعنف اللفظي من عائلات المرضى، وأن(51) طبيبا تعرضوا للعنف اللفظي من المرضى.

ويرى إيرانيس المشار إليه في دراسة(Shoghi, 2003) بأن الأمر في تركيا يعود إلى الثقافة التقليدية حيث يرافق جميع أفراد العائلة مرضاهم عند حصول أي حادث ويحاولون حل المشاكل معاً.

ويمكن تفسير بأن غالبية مرتكبي العنف هم من المرافقين على النحو التالي: تتطلب الثقافة الاجتماعية السائدة في الأردن أن يتواجد أصدقاء وأقارب المريض في المستشفى، وأن يكونوا أقرب ما يكونوا إليه. لذلك نجد أن كثير من الناس يقف

بجانب الطبيب الذي يعالج المريض. ويترتب على تواجـد الأعـداد الكبيـرة مـن المرافقين الدخول إلى صالات العلاج، مما يؤدي إلى حصول الاكتظـاظ، وبالتـالي حدوث العنف وهذا ما عبرت عنه الفقرة "الدخول إلى صالات العلاج يـؤدي الـى حدوث العنف "والتي احتلت المرتبة الأولى في العوامل الثقافية والاجتماعية المؤدية إلى حدوث العنف، ووافق عليها حوالي (95%) من مجموع أفـراد عينـة هـذه الدراسة.

ويضاف إلى ذلك بأنه في حالات التجمعات الكبيرة للأفـراد فـأن العقليـة الجماعية هي التي تسود ويذهب رأي العقل، وقد يكون قائد المجموعة أقلهم تعليمـاً وثقافة، ولكنهم ينخرطون في العنف كنوع مـن المجاملـة الاجتماعيـة للمـريض وأقربائه. كما يفسر تدني نسبة مرتكبي العنف من المرضى بأن الحـالات الطارئـة التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ يكون المريض فيها غير قادر على التشاجر، أو حتى على الحديث بصوت عالي، أما الحالات غير الطارئة التي تراجـع أقـسام الإسعاف والطوارئ فأن المرضى تكون لديهم القدرة على أحـداث العنـف ضـد الكوادر الطبية (أي أن احتمالية أحداث المرضى للعنف تكون من ضـمن الحـالات المصنفة طبياً غير طارئة) وهي في أغلب الأحيان تكون نصف الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ أو تزيد قليلاً. وبعبارة أخرى فان مرتكبي العنـف مـن المرضى ينحصر في الحالات غير الطارئة.

كما اتفقت الدراسة مع بعض الدراسات في هذه النتيجة، اختلفت مع دراسات أخرى وجدت بأن نسبة مرتكبي العنف من المرضى تفوق نسبة مرتكبي العنف من مرافقي المريض، ومنها دراسة (Hesketh, 2002) التي وجـدت بـأن المـصدر الرئيسي للعنف الجسدي هم المرضى، ودراسة (Hodgson, 2004) التي أشارت إلى أن المرضى هم المعتدون الأكثر شيوعاً، ودراسة (Lin, 2008) التي أظهرت بأن نسبة مرتكبي العنف من المرضى كانت(38%) ومـن المـرافقين (30%)، ودراسة (Christiane, 2003) في هونغ كونغ التي وجدت بأن ارتكاب العنف يكـون من المرضى ثم أقربائهم.

ولعل ذلك يفسر بأن الثقافة السائدة في تلك الدول(الولايات المتحدة الأمريكية، تايوان، هونغ كونغ) لا تقوم عن التماسك الأسري والقبلي السائد في الأردن، فأحياناً يكون المريض في هذه الدول لوحده، أو يوجد معه أحد أفراد أسرته، أو صديقه على خلاف الأمر في الدول التي يسودها التماسك الأسري والقبلي.

ويضاف إلى ذلك بأن الكثير من المرضى هـم مـن المتعـاطين للكحـول والمخدرات، ويحوزون الأسلحة النارية وغيرها؛ لذلك نجـد المرضـى فـي هـذه الدراسات هم الأكثر ارتكابا للعنف.

مناقشة السؤال الخامس: وهو ما هي الآثار المترتبة على العنف من وجهة نظـر الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ؟

جاءت الآثار المترتبة على العنف حسب تصورات الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ على المستوى الكلي بدرجة موافقة مرتفعـة، وبمتوسـط حسابي بلغ (3.9)، وبانحراف معياري(0.6) ولعل ذلك يفسر بأن العنف لابـد أن يترك آثراً أما نفسياً، أو جسدياً، واما ماديا، او معنويا على العاملين والممتلكات.

واحتلت الفقرة "يؤدي حدوث العنف إلى الأضـرار بممتلكـات المستـشفى" المرتبة الأولى، وتليها في المرتبة الثانية فقرة "العنف يجعل الكوادر الطبية متـوترة في العمل"، وفي المرتبة الثالثة "العنف يجعلك تفكر في النقل مـن قـسم الإسـعاف الطوارئ"، وفي المرتبة الرابعة فقرة "العنف يجعل الكوادر الطبية تترك العمل فـي المستشفى"، وخامساً جاءت الفقرة "يؤدي العنف إلى نقص الكوادر الطبية"، وتليهـا الفقرة " العنف يؤدي إلى أضعاف كفاءة الكوادر الطبية"، وفي المرتبة السابعة جاءت الفقرة "يؤدي العنف إلى الإصابات العضوية (أي الإصابة فـي أحـد الأعـضاء)"، وجاءت في المرتبة الثامنة الفقرة "يؤدي العنف إلى تـسرب المـال إلـى الكـوادر الطبية"، وفي المرتبة التاسعة، والعاشرة، والحادية عشرة، جاءت الفقرات:"العنـف يجعل الكوادر الطبية تقوم بأخذ الإجازات العادية والاضطرارية والمرضـية حتـى يتغيب عن العمل،"العنف يجعل الكوادر الطبية متوترين في حياتهم الخاصـة(مـع أسرهم)"، "ويؤدي العنف إلى الإصابة بالأمراض النفسية".

وجاءت الفقرات من الأولى ولغاية الحادية عشرة بدرجة موافقـة مرتفعـة، واحتلت الفقرات التالية "يجعلك العنف تساعد الأشخاص الذين يرتكبونه حتى تتقـي شرهم"، "الأشخاص الذين يرتكبون العنف يجدون الاحترام من أقاربهم"، "الأشخاص الذين يرتكبون العنف يجدون الاحترام من المجتمع"، المراتب الثانية عشرة ولغايـة الرابعة عشرة، وهي بدرجة موافقة متوسطة.

وفيما يلي عرض تفصيلي لفقرات الآثار المترتبة على العنف التي تتعـرض له الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية حسب وجهة نظر العاملين فـي أقسام الإسعاف والطوارئ:

احتلت فقرة "يؤدي حدوث العنف إلى الأضرار بممتلكات المستشفى" المرتبة الأولى على المستوى الكلي للآثار المترتبة على العنف في المستـشفيات الحكوميـة وكانت بدرجة موافقة مرتفعة، وبمتوسط حسابي بلـغ(4.6)، وبـانحراف معيـاري (0.6)، ووافق عليها غالبية أفراد عينة الدارسة وبنسبة مئوية بلغت تقريبـا (97%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

ولعل ذلك يفسر بأن هناك ارتباطاً وثيقاً بـين العنـف وأحـداث الأضـرار بالممتلكات العامة والخاصة، فالمستشفيات أماكن مصممة ومهيئه لاستقبال المرضى والعناية بهم لذلك يتطلب الأمر أن تكـون جميـع المـستلزمات الطبيـة جـاهزة، ومعروضة على الطاولات، وفي متناول الكوادر الطبية. كما يتطلب الأمر أن يكون التصميم الهندسي لبناء المستشفيات مريح ومناسب للكوادر الطبية، والمرضى علـى حد سواء؛ لذلك يكثر في تصميم مباني المستشفيات اسـتخدام الألـواح الزجاجيـة: كأبواب، وشبابيك، وقواطع بين صالات العلاج، فإذا ما حدث العنـف فـإن هـذه الممتلكات تتضرر بسهولة نظراً لوجودها بدون حماية، وكذلك يسهل تكسير زجـاج المستشفيات الذي يترتب عليه أحداث أضرار أخرى ومنها إيذاء الأشخاص العاملين في المستشفيات وغيرهم.

ومن خلال توزيع الباحث لأداة الدراسة أشار كثير مـن العـاملين بأقـسام الإسعاف والطوارئ إلى أضـرار كبيـرة لحقـت بـأجهزة التـصوير، وزجـاج المستشفيات، وسيارات الإسعاف. لذلك يتطلب الأمر في ضوء تزايد حالات العنـف

أن يكون التصميم الهندسي لأقسام الإسعاف والطوارئ أكثر ملائمة لتقليل الأضرار بالممتلكات والتي تقدر بأرقام مالية عالية.

وفي المرتبة الثانية جاءت الفقرة "العنف يجعل الكوادر الطبية متـوترة فـي العمل " وبدرجة موافقة مرتفعة، ووافق عليها حوالي (92%) من مجمـوع أفـراد عينة الدراسة.

واتفقت الدراسة في هذه النتيجة مع الدراسة التي أجرتهـا منظمـة الـصحة العالمية (WHO) في العديد من الدول،حيث وجدت الدراسة في جنوب أفريقيـا أن هناك عدد كبير من الضحايا أبلغوا عن المعاناة، والتوتر، والاضطراب الذي يأتي ما بعد الصدمة (الحادثة العنيفة)، وأن بقاء هؤلاء الكوادر الطبية في قطـاع الرعايـة الصحية أمر مسبب للتوتر، وهذا التوتر الذي يصبح لدى الكوادر الطبية يعتبر عامل مسبب في خلق سلوك عنيف، وهكذا.

وكذلك اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Merecz, 2006) والتي وجدت بـأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى العنف المبلغ عنه، ومـستوى التعـب العاطفي،أي كلما كان مستوى العنف أعلى كلما كان مستوى التعب العاطفي أعلـى، وكذلك دراسة (Kowalenko, 2005) في ولاية ميشيغان الأمريكية، التي وجدت بأن الأطباء يشعرون بالقلق والتوتر من جراء العنف المتزايد.

ولعل التوتر الذي يسببه العنف للكوادر الطبية يأتي من طبيعة عمـل هـذه الكوادر، حيث تكون وظيفتهم اليومية هي استقبال الحالات المرضية، والتعامل معها، فإذا ما تعرضت الكوادر الطبية للعنف أثناء عملها، فأنها تبدأ بالتحسب لوصـول أي حالة مرضية أخرى إلى المستشفى. فالفرد يصبح في حالة نفسية غيـر مرضـيه، ويزداد هذا القلق شيئاً فشيئاً إلى أن يصبح الفرد متوتراً في حياته الوظيفية، وحياتـه الخاصة، وبالتالي لا يستطيع التعامل مع الحالات المرضية بأسـلوب طبيعـي بـل يتعامل معها بكل هياج وتوتر؛ لأنه يعتقد بأن هناك عنف سوف يحصل ولابد له أن يستعد له قبل حصوله وهكذا يولد التوتر لدى الكوادر الطبية المزيد من التفكير فـي كيفية التعامل مع حالات العنف وليس كيفية معالجة الحالات المرضـية، والاهتمـام

بها. وعليه فالعنف يولد التوتر،والتوتر يؤدي إلى مزيد من العنف، وهكذا وبصورة مستمرة.

وفي المرتبة الثالثة جاءت الفقرة "العنف يجعلك تفكر في النقـل مـن قـسم الإسعاف والطوارئ"وبدرجة موافقة مرتفعة، وبمتوسط حسابي بلـغ(4.4)، ووافـق عليها حوالي (98%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

واتفقت الدراسة في هذه النتيجة مع دراسة ماير ورفاقه المـشار إليهـا فـي دراسة (Lin, 2008)، والتي وجدت أن الممرضات وكنتيجة لحدوث العنف يقـررن الانتقال ضمن نفس المؤسسة، أوالى مؤسسة رعاية صحية أخرى.

ويفسر تفكير الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ بالنقل إلى أقسام أخرى بأن أقسام الإسعاف والطوارئ تستقبل الكثير من الحـالات المرضـية على مدار الساعة مما يسبب ضغط كبير في العمل، لاسـيما إذا علمنـا أن أعـداد الكوادر الطبية العاملة غير كافية لتغطية حجم العمل. وعلاوة على ضـغط العمـل هناك العنف المتحصل عنه، فكيف للكوادر الطبية أن تتحمل ضغط العمـل مـضافا إليه تزايد حالات العنف، وهم ينظرون إلى زملائهم في الأقسام الأخرى يتعـاملون مع حالات مرضية اقل واحتمالية قليلة لحدوث العنف. ويضاف الـى ذلـك أنهـم يتمتعون بنفس الامتيازات،لذلك تصبح لديهم الرغبة في النقل إلى هذه الأقـسام، أو إلى مستشفى أخر أقل عملاً وعنفاً.

ولا يقتصر آثر العنف على جعل الكوادر الطبية تفكر في النقـل مـن قـسم الإسعاف والطوارئ بل قد يجعلها تفكر في ترك العمل في المستشفى كاملاً، وبهـذا الاتجاه جاءت نتيجة الفقرة "العنف يجعل الكوادر الطبية تترك العمل في المستشفى" بدرجة موافقة مرتفعة،ووافق عليها حوالي (82%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

واتفقت الدراسة في هذه النتيجة مع دراسة (Shellie & Simons, 2008) حيث أظهرت دراسته بأن ارتفاع العنف في موقع العمل يؤدي إلـى زيـادة النيـة لـدى الممرضين والممرضات بترك العمل، ودراسة (Tyler, 2007) التي أشارت إلـى أن نسبة كبيرة من المبحوثين أبلغوا عن تفكيرهم ترك مهنة التمريض،كمـا أشـار هؤلاء المبحوثين بأنهم يعرفون أفراد تركوا العمل في التمريض.

ودراسة (Lin, 2008)، ودراسة (Fernandes, 1999) في بولندا والتي أشارت إلى أن 12 من الكوادر الطبية تركت العمل في قسم الإسعاف والطوارئ من جراء العنف.

ويفسر قيام الكوادر الطبية بترك العمل من جراء العنف بأن العنف يولد لدى الكوادر الطبية الكثير من المشاكل الصحية، والنفسية، والشخصية، بالإضافة إلى ذلك يجعلها تذهب إلى مواقع العمل التي يسودها الهدوء أما خارج الأردن، أو داخله (القطاع الخاص) لاسيما أن هؤلاء التخصصات مطلوبة داخلياً وخارجياً.

ويترتب على نقل الكوادر الطبية من أقسام الإسعاف والطوارئ وتركهم لعملهم نقص تلك الكوادر الطبية العاملة في هذه الأقسام، وما هذا النقل والترك للوظائف إلا نتيجة حتمية لحدوث العنف، وعليه فالعنف يؤدي إلى نقص الكوادر الطبية وهذا النقص يؤدي إلى حدوث العنف وهكذا حلقات تبدأ من العنف وتنتهي بالعنف.

وتتفق هذه النتائج (النقل من جراء العنف، ترك العمل من جراء العنف) مع تصورات المبحوثين في الفقرة "يؤدي العنف إلى نقص الكوادر الطبية" والتي وافق عليها (84%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، وتؤيد أن العنف يؤدي إلى نقص الكوادر الطبية.

وكما يؤدي العنف بالكوادر الطبية إلى ترك وظائفهم فأنه كذلك يؤدي إلى ضعف إنتاجيتها وكفاءتها وإلى تسرب الملل إليها.وبهذا الاتجاه جاءت الفقرات الدالة على ذلك وهي "العنف يؤدي إلى إضعاف كفاءة الكوادر الطبية"، "يؤدي العنف إلى تسرب الملل إلى الكوادر الطبية"، وبدرجة موافقة مرتفعة للفقرتين، ووافق عليهما حوالي (81%) من مجموع أفراد عينة الدراسة وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Fernandes, 1999) التي وجدت بأن (25%) من عينة الدراسة أجابوا بأن الأداء الوظيفي لهم قد ضعف بعد حوادث العنف.

ولعل ضعف الإنتاجية، وتسرب الملل لدى الكوادر الطبية يفسر بأن هؤلاء الأشخاص يقدموا أعمالاً صعبة وشاقة لخدمة المرضى ومرافقيهم، ويتوقعوا أن يكافئون عليها، ولا يجدون منهم سوى اللوم والتقريع، ثم الاعتداء عليهم فيصبح

لديهم شعور بالإحباط والذي يؤدي بدوره إلى ضعف الإنتاجيـة، وقلـة الدافعيـة، ودخول الملل والخمول إلى نفوسهم(أي أنهم يرون بأنهم يعملـون ولا يجـدون إلا الإساءة وهذا هو جوهر الشعور بالإحباط).

وكما يترك العنف آثار نفسية لدى الكوادر الطبية يـؤدي إلـى الإصـابات الجسدية والنفسية. فقد جاءت الفقرات "يؤدي العنف إلى الإصابة العضوية (أي أحد الأعضاء)" وفقرة " يؤدي العنف إلى الإصابة بالأمراض النفسية" بدرجـة موافقـة مرتفعة لكلا الفقرتين، ووافق عليهن (84%، 70%) من مجموع أفرد عينة الدراسة على التوالي. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Mephaul, 2004) التي أشارت الـى أن العنف الجسدي يترتب عليه العديد من الإصابات، وهي: الكدمات،كسور العظام، الجروح، التمزقات، ارتجاج المخ.

ودراسة(Shoghi, 2008) التي وجدت بان الآثار النفـسية المترتبـة علـى العنف هي: عدم القناعة الذاتية، المزاجية، أعراض فقدان الذاكرة، الإحبـاط، وقـد تصل إلى حد الانتحار.

ويرى أكثر من نصف أفراد عينة الدراسـة (56%) بـأن العنـف يجعلهـم يساعدون الأشخاص الذين يرتكبون العنف حتى يتقوا شرهم، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي اجراها (Fernandes,1999) ووجدت أن (73%) مـن الكـوادر الطبية كانوا يخشون من المرضى، ودراسة (Mackin, 2001) التـي أظهـرت أن (41) طبيبا عبروا عن قلقهم من العودة إلى العمل بعد حوادث العنف التي تعرضوا لها.

وتفسر خشية الكوادر الطبية من المرضى بأن غالبية المرضى والمرافقين من سكان نفس المناطق التي تسكنها الكوادر الطبية ويخشون الانتقام منهم في حيـاتهم الوظيفية، أو الخاصة. ويضاف إلى ذلك بأن الكـوادر الطبيـة أصـبحت تعـرف الأشخاص المثيرين للعنف وتقدم لهم الخدمة سريعاً حتى لا يقوموا بالاعتداء عليهم.

أي تقدم الخدمة لهم حتى لا يثيروا العنف داخل المستشفى مما يترتب عليـه تجاوز هؤلاء الأشخاص على الدور، وتعطى لهم الأولوية في العلاج وبالتالي يصبح

لهم شأن في المستشفى، وهذا الوضع يؤدي إلى تشجيع الآخرين إلى تقمـص هـذا الدور وبالتالي مزيد من العنف.

وأخيراً جاءت الفقرات التي تتعلق بالاحترام الذي يلقاه الأشـخاص مثيـري العنف وهي: "الأشخاص الذين يرتكبون العنف يجدون الاحتـرام مـن أقـاربهم"، الأشخاص الذين يرتكبون العنف يجدون الاحترام من المجتمع"، وكلا الفقرتين جاءت بدرجة موافقة متوسطة، ووافق عليها (44%، 25%) أي أن الفقرة الأولـى وافـق عليها نصف أفراد عينة الدراسة والثانية ربع أفراد عينة الدراسة.

ويفسر ذلك بأن الأشخاص الذين يثيرون العنف يجدون الاحترام مـن قبـل ذويهم وأقاربهم على اعتبار أنهم قدموا خدمة للمريض بتسريع إجراءات العلاج بعد حدوث العنف. وأن أثارتهم للعنف يعتبر نوع من المجاملة الاجتماعيـة والاهتمـام بالمريض، وتقل النسبة بالنسبة للاحترام الذي يكسبه مثيري العنف من المجتمع.

ويعلل ذلك بأن أفراد المجتمع غير المعنيين بحالة المريض يفكرون بعقـولهم ويرون بان الاعتداء تصرف غير مقبول، ومرفوض قانونياً، واجتماعياً، أما الأقارب فإنهم في هذه الحالة يفكرون في عواطفهم وليس في عقولهم.

مناقشة السؤال السادس وهو: ما هي الممتلكات المتضررة من جراء العنف الـذي تتعرض له الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية حسب وجهـة نظـر العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ.

أظهرت نتائج الدراسة بأن هناك العديد من الممتلكات التي يلحقهـا الـضرر نتيجة للعنف الممارس ضد الكوادر الطبية، وجاءت هذه الممتلكات مرتبة على النحو التالي: احتل تحطيم زجاج المستشفى المرتبة الأولى وبنسبة بلغت حـوالي(25%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، وتلاه في المرتبة الثانية أدوات الإسـعاف وبنـسبة مئوية بلغت (22%)، وفي المرتبة الثالثة أسرة المرضى وبنسبة مئوية بلغت حوالي (18%)، وفي المرتبة الرابعة أجهزة التصوير وبنسبة مئوية(12%)، وفي المرتبة الخامسة وقبل الأخيرة الصيدلية وبنسبة مئوية بلغـت (11%)، وأخيـراً أجهـزة المختبر وبنسبة مئوية بلغت(10.6%).

وفيما يلي عرض تفصيلي لمناقشة هذه النتائج:

احتل تحطيم زجاج المستشفى المرتبة الأولى وبنسبة مئوية بلغت(25%) من مجموع أفراد عينة الدراسة؛ ولعل ذلك يعود إلى كثرة انتشار الأبواب، والـشبابيك، والأدوات المصنوعة من الزجاج داخل المستشفيات، وهذه الكثرة في الانتشار يقابلها سهولة في التحطيم؛ فمادة الزجاج من أسهل المواد تحطماً، ويمكن أن يتم ذلك مـن خلال أي وسيلة مثل اليد، أو القدم، أو أي مادة أخرى.

ويضاف إلى كثرة انتشار الزجاج وسهولة تحطيمه أنه يمكن أن يستخدم كأداة للعنف وإيذاء الآخرين، والكوادر الطبية. وغالباً ما يكون تحطيم الزجاج من قبل مرافقـي المرضى، أو من قبل المرضى ذوي الأسبقيات الجرمية.

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي قامت بهـا (وزارة العمـل الأمريكيـة، 1998) والتي تمثلت بوضع سياسات توجهيه لمنع العنف في مكان العمل وتوصلت هذه المبادئ إلى ضرورة إيجاد غرف آمنة لاستخدامها في حالات المرضـى مـن ذوي الأسبقيات الإجرامية، ومن هذه الظروف الآمنـة أن يكـون الزجـاج مقـاوم للرصاص، أو أن يكون الزجاج واقٍ في حال تحطمه، أي لا تتناثر أجزاءه وتلحـق الأذى بالآخرين. كما اتفقت مع الدراسة التي قام بها (Keely, 2002) حول العنف في المستشفيات والوقاية منه.

ويفسر تقدم الأضرار بأدوات الإسعاف إلى المرتبة الثانية وبنسبة مئوية بلغت حوالي (24%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، بأن هذه الأدوات غالباً مـا تكـون معروضة على الطاولات ليسهل استخدامها من قبل الكوادر الطبيـة فـي الحـالات المرضية وخاصة الطارئة. فلدى حصول العنف فإنها تستخدم كأدوات للعنف مثـل أكياس التغذية، والشفرات الطبية، والمقصات وغيرها.

ويترتب على استخدامها كأدوات للعنف الأضرار بها وبالتالي تلفها، وتتفـق الدراسة في هذه النتيجة مع دراسة (Shoghi, 2008) التي أجريت في المستشفيات الإيرانية ووجدت بأن من ضمن الأدوات المستخدمة في العنـف أكيـاس التغذيـة، والشفرات الجراحية، والزجاج.

وفي المرتبة الثالثة من الممتلكات المتضررة جاءت أسرة المرضى وبنـسبة مئوية بلغت(18%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

ويفسر ذلك بأن هذه الأسرة تكون مجهزة لاستقبال الحالات الطارئة في أقسام الإسعاف والطوارئ وتكون منتشرة في صالات العلاج؛ فإذا ما حدث العنف فإنهـا تصبح عائق أمام حركة الطرفين مرتكبي العنف والكوادر الطبية مما يتـسبب فـي دفعها بخشونة وبالتالي الأضرار بها وبالمعدات التي تكون عليها.

وفي المرتبة الرابعة والخامسة والسادسة جاءت (أجهزة التصوير، الصيدلية، المختبر) كممتلكات متضررة وبنسبة مئوية بلغت (12.18%،11.21%،10.62%) على التوالي.

ولعل تفسير التراجع في نسب هذه الممتلكات عن الممتلكات الأخرى يعـود إلى إن هذه الأماكن (الأشعة، والصيدلية، والمختبر) لا تكون على تماس مباشر مع الحالة المرضية حال وصولها، بل تكون كمرحلة لاحقة بعد المتابعة الأولى، والعنف في هذه الأماكن يفسر بسبب الاكتظاظ، ونقص الكوادر الطبية، ونقص الأجهـزة أو تعطلها، فمثلاً يكون هناك موظف واحد في قسم الأشـعة، أو المختبـر، أو جهـاز تصوير واحد في مستشفى يستقبل الكثير من الحالات.

وأن كان هناك تراجع في نسب هذه الممتلكات عن الممتلكات الأخرى إلا أن هذه النسب تعتبر مرتفعة إذا ما قيـست الكلفـة الاقتـصادية لأجهـزة التـصوير، والمختبر، والصيدلية، مع تكلفة الأسرة، والزجاج، حيث يوجد فـارق كبيـر فـي الأسعار.

مناقشة السؤال السابع وهو: "ما هي الحلـول الممكنـة لمـشكلة العنـف فـي المستشفيات الحكومية من وجه نظر العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ.

تم طرح السؤال السابق بشكل مفتوح واستجاب له (837) فرداً مـن عينـة الدراسة البالغ عددهم(963) أي ما نسبته (87%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

وأظهرت البيانات بان الحل الأول المقترح لمشكلة العنف هو "زيادة الحراسة الأمنية من خلال زيادة وتفعيل أجهزة الأمن العام(الشرطة) وتقليل دور الـشركات الخاصة للأمن والحماية وإعطاء الشرطة حرية التصرف مع مثيري العنـف مـع مراقبة أداء الشرطة "وبنسبة مئويـة بلغـت(66%) مـن مجمـوع المبحـوثين المستجيبين لهذا السؤال. وتتفق الدراسة في هذه النتيجة مع دراسة (Pelg, 2005)

في إسرائيل، ودراسة(Boz, 2006) في تركيا، ودراسـة (Fernandes, 1999) في كندا، ودراسة (Cebeci, 2008) في تركيا، ودراسة (Mephanl, 2004) في الولايات المتحدة الأمريكية.

ويفسر اقتراح هذا الحل من قبل حوالي ثلثي المـستجيبين لهـذا الـسؤال أن إجراءات الأمن تتمثل بالتركيز على منع دخول الأشخاص المـرافقين للمرضـى، وكذلك العمل على تفتيش الأشخاص المسموح دخولهم، ومنع إدخال أي أدوات يمكن أن تستخدم كأداة للعنف.

والزيادة المقترحة هي لرجال الأمن (الشرطة) وذلك لان المرضى والمرافقين يعلمون بان أجهزة الشرطة لديها سلطات قانونية ومنها القبض على مثيري العنـف وإحالتهم إلى القضاء، أما(رجال امن الشركات الخاصة) فان غالبيتهم مـن كبـار السن وتتناقص قدرتهم الجسدية وليس لديهم الصلاحيات القانونية كما هو الحال لدى رجال الشرطة، فيرى المبحوثين الاستعاضة عن الشركات الخاصة بزيـادة أعـداد أفراد الشرطة ومراقبة أداء هؤلاء الشرطة.

وفي المرتبة الثانية جاء الحل المقتـرح "زيـادة أعـداد الكـوادر الطبيـة والتمريضية مع ضرورة توفير كافة الاختصاصات الطبية والتركيز على رفع كفاءة الكوادر الطبية من خلال التدريب والتعليم "وبنـسبة مئويـة بلغـت (56%) مـن المستجيبين لهذا السؤال. ويتفق هذا الحل مع التوصيات التي خرجت بها الدراسـة التي أجريت في اسرائيل (Peleg, 2005)، وترى بزيادة عدد الأطبـاء لتحـسين النسبة والتناسب بين عدد الأطباء والمرضى، وان يرافـق هـذه الزيـادة التعلـيم والتدريب الجيد لهذه الكوادر، ودراسة المؤسسة الوطنية للـصحة والـسلامة فـي المواقع الوظيفية (NIOSH, 2002)

ولعل تركيز المبحوثين على هذا الحل يعود إلى أن عدد الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ في تزايد وأعداد الكوادر الطبية لا تتناسـب مـع هـذه الزيادة، مما يسبب ضغط في العمل وإرهاق للكوادر الطبية العاملة، وتـأخر فـي مباشرة الإجراءات الطبية،وهذا التأخر في مباشرة الإجراءات مع الحالات المرضية يؤدي إلى حدوث العنف والذي قد يكون لانشغال الكوادر الطبية مع حالات أخرى.

ويضيف المبحوثون ضرورة أن يتم تدريب وتعليم الكوادر الطبية من خلال الدورات، والندوات، والمؤتمرات العلمية،على ما توصل إليه الطب الحديث وأساليب استقبال الحالات المرضية، وكيفية إدارة الأزمات والتعامل معها.

وفي المرتبة الثالثة وبموافقة حوالي نصف المبحوثين المستجيبين لهذا السؤال (50%) جاء الحل الذي يتطلب اتخاذ الإجراءات القانونية الرادعة بحق المعتدين من خلال إيجاد تشريعات جديدة تحدد ما على المريض وما له. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Sari, 2006) التي أظهرت بان وجود تشريعات وقوانين رادعة يساهم في التقليل من العنف.

فالتشريعات القانونية لها أهداف جمة، ومن أهمها: تحقيق الردع العام، والردع الخاص. فالردع الخاص يكون موجه لمرتكب أو مرتكبي الفعل، أما الردع العام فيكون موجه إلى العامة، فإذا ما أوقعت عقوبة بحق مرتكبي العنف وكانت رادعة فانه لن يعود لارتكاب مثل هذا الفعل مرة أخرى، وكذلك يكون عظةً لغيره فلا يرتكبون مثل هذه الأفعال.

فالتشريعات الجزائية في الأردن تضمنت نصوصا قانونية مشددة (سبق ذكرها) بحق من يرتكب العنف ضد الموظفين أثناء عملهم، أو من اجل ما أجروه بحكم عملهم، وهي لا تحتاج إلا لتوديع الأشخاص إلى القضاء لتطبق عليهم، وغالبا يقف أمام توديعهم للقضاء إجراءات التصالح العشائرية، أو عدول الكوادر الطبية عن الشكوى للأسباب التي تم ذكرها سابقا.

بالمحصلة فان الإجراءات القانونية بحق المعتدين رادعة ولكن بحاجة إلى مواصلة الشكوى حتى يصدر الحكم البات فيها.

وفي المرتبة الرابعة جاء الاهتمام بالتوعية والثقافة الصحية والاجتماعية للكوادر الطبية، والمرضى، والمرافقين من خلال وسائل الإعلام المرئية، والمسموعة، والمقروءة، وخطباء المساجد، وإصدار النشرات الطبية للتوعية في مجال الصحة العامة" وبلغ نسبة الذين يرون بهذا الحل حوالي(44%) من مجموع الأفراد المستجيبين لهذا السؤال في الدراسة، واتفقت الدراسة في هذه النتيجة مع

دراسة (Lin, 2008) التي أجراها في جنوب تايون، ووجدت بان الافتقار للتعليم والتثقيف من قبل الكادر الطبي هو احد أسباب العنف.

ويفسر الاهتمام بالثقافة الاجتماعية، والصحية للكوادر الطبية، والمرضى والمرافقين بما يلي:

1- أن معرفه الكوادر الطبية بالثقافة الاجتماعية السائدة لدى الأفراد تجعلهم يتعاملون معهم بطريقة مناسبة فمثلا عدم الدخول لمعالجة أنثى إلا بوجود ممرضه أو أنثى مرافقة لها.

2- توعية الأفراد بالثقافة الصحية عن الإمراض،وكيفية التعامل معها يخفف العبء عن المستشفيات، ويقلل عدد الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ فكثير من الحالات التي تراجع هذه الأقسام تكون غير طارئة، وغالبا ما تكون إحداث العنف مرافقه لهذه الحالات،حيث تختلف النظرة إلى هذه الحالات ما بين الكوادر الطبية التي تراها حالات بسيطة يمكن علاجها حال الانتهاء من الحالات الطارئة، وبين نظرة المريض ومرافقيه الذين يعتبرون الحالة طارئة يجب الاهتمام بها وعلاجها بطريقة سريعة.

3- إدخال وسائل الأعلام، وخطباء المساجد في التوعية الدينية وبيان أحكام الدين في ارتكاب أعمال العنف ضد الكوادر الطبية ؛ فالتوعية يجب ان تكون على صعيدين تارة للكوادر الطبية،وتارة أخرى للعامة.

وفي المرتبة الخامسة جاءت فقرة "عدم دخول المرافقين إلى صالات العلاج، وتوفير غرف انتظار مناسبة لهم، وعدم السماح بدخولهم وبحوزتهم الأسلحة، والأدوات الأخرى" وبنسبة مئوية بلغت (41%) من مجموع إفراد عينة الدراسة الذين استجابوا لهذه السؤال في الدراسة.

وفي هذه النتيجة اتفقت الدراسة مع العديد من الدراسات وهي "دراسة المؤسسة الوطنية للصحة والسلامة في المواقع الوظيفية (NIOSH, 2002)، ودراسة (Sari, (2006، ودراسة (Cebeci, 2008)، ودراسة (Mephaul, 2004) ويدل أتفاق هذا العدد من الدراسات الأجنبية مع الاختلاف في التسمية أن دخول المرافقين يشكل أحد أهم العوامل المؤدية للعنف، وليس أدل على ذلك من أن أهم

نتائج هذه الدراسة أن المرتكب الأول للعنف هم المرافقين، وذوي المريض، فدخول المرافقين لصالات العلاج يشكل عامل ضغط على الكوادر الطبية، ولا تستطيع القيام بعملها على الوجه الأكمل حيث تكون تحت مراقبة أفراد ليس لديهم درايـة طبيـة وممكن أن يتصوروا أن عملهم غير جيد وهو ليس كذلك وهنا يحدث العنف.

ولمعالجة هذه المشكلة (دخول المرافقين لصالات العلاج) لابد من إيجاد نظام يسمح بدخول مرافق واحد (إذا لزم الآمر) مع المريض، وان يتم التأكد مـن عـدم حمله لأي سلاح، أو أدوات يمكن أن تستخدم في العنف، وأن يعمل في هذا النظـام في جميع المستشفيات، ومع جميع المرضى بدون استثناء.

وحتى يمكن تطبيق هذا النظام لابد أن يكون هناك صالات انتظـار مريحـة ومناسبة للمرافقين، وقد أظهرت الدراسة التي أجرتها المؤسسة الوطنيـة للـصحة والسلامة في المواقع الوظيفية (NIOSH, 2002) بأن عدم ملائمة صالات الانتظار حيث تكون غالباً غير مريحة ومناسبة يشكل أحد عوامل العنف ضد الكوادر الطبية.

وفي المرتبة السادسة جاءت فقرة " الاهتمـام بالتوعيـة والثقافـة الـصحية والاجتماعية للكوادر الطبية، والمرافقين مـن خـلال وسـائل الإعـلام المرئيـة، والمسموعة، والمقروءة، وخطباء المساجد وإصدار نشرات طبية وتوعويه في مجال الصحة العامة " وبنسبه مئوية بلغت (44%) من مجمـوع أفـراد عينـة الدراسـة المستجيبين لهذا السؤال.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسـة ((peleg, 2005)، ودراسـة (NIOSH, 2002) ويفسر ذلك بأن التوعية الصحية من خلال وسائل الإعلام جميعهـا تـؤدي بالأفراد إلى معرفة الحالات التي تستوجب مراجعة أقـسام الإسـعاف والطـوارئ وبالتالي تقليل هذه الحالات والذي ينعكس على حدوث العنف. وكذلك تؤدي التوعية الصحية إلى معرفة الإجراءات التي سيقوم بها كادر الإسـعاف والطـوارئ حـال وصول الحالة إليه فتكون لديهم القدرة على التمييز بين الحالـة الأخطـر، والأقـل خطورة، وكل ذلك ينعكس على حدوث العنف.

وفي المرتبة الأخيرة جاءت فقرة " قيام النقابات المهنية التـي تنتمـي إليهـا الكوادر الطبية بواجبها في الدفاع عن منتسبيها والتدخل لإيجاد تـشريعات تـضمن حقوقها ".

ويفسر ذلك بأن الواجبات التي تقوم بها النقابات تكون من خلال أجهزة الدولة الأخرى، لا سيما وأن هذه الكوادر تنتمي إلى فئة موظفي القطاع العام فلا تـستطيع النقابات القيام بمفردها بأي واجبات يمكن أن تؤدي إلى اختلال النظام الصحي، وكل ما يمكنها القيام به هو نشر الثقافة الصحية لدى المواطنين من خلال وسائل الإعلام المختلفة، وكذلك العمل على تدريب وتثقيف الكوادر الطبية اجتماعياً، وطبيـاً، مـن خلال عقد الندوات،والمؤتمرات المتعلقة بالعنف داخل المستشفيات،وإيجاد التعـاون الدولي مع الدول الأخرى في هذا المجال.

3-2-4 مناقشة فرضيات الدراسة

الفرضية الأولى: وهي لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستـشفيات والحكوميـة للعنف بأشكاله المختلفة يعزى لمتغير المسمى الوظيفي.

أظهرت النتائج بأن جميع الكوادر الطبيـة العاملـة فـي أقـسام الإسـعاف والطوارئ تتعرض للعنف وبمتوسطات حسابية متقاربة تبدأ من 21.5 ولغايـة 24، وأن أكثر الأفراد تعرضاً للعنف هم العاملين في المحاسبة، ثم المختبـر والـصيدلية ويليهم التمريض، والأطباء.

ولعل ذلك يفسر بأن أعداد الكوادر الطبية المشاركة في هذه الدراسة من (فني مختبر، وصيدلي، ومحاسب)، هي أعداد قليلة نسبياً إذا ما قورنت بأعداد الأطبـاء، والممرضين، حيث بلغت نسبة المشاركين في الدراسة مـن هـذه المهـن الثلاثـة (المختبر، المحاسبة، الصيدلية) حوالي(22%)، فيما بلغت نـسبة المـشاركين مـن التمريض والأطباء (52.5%، 19%) على التوالي.

ولمعرفة فيما إذا كانت هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين عـدد مـرات التعرض للعنف والمسمى الوظيفي تم استخدام تحليـل التبـاين الأحـادي (ONE

WAY ANOVA) وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α≤ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف وبأشكاله المختلفة يعزى لمتغير المسمى الوظيفي، مما يشير إلى أن الكوادر الطبية تتعرض للعنف وبنفس الدرجة ولا يتأثر ذلك بالمسمى الوظيفي، وبذلك يمكن قبول الفرضية الصفرية.

ويفسر تعرض الكوادر الطبية للعنف بنفس المستوى بأن المساحة التي تعمل بها الكوادر الطبية محددة، ومتقاربة، فإذا ما وقع العنف لسبب ما فإن المرضى ومرافقيهم يعتبرون جميع الكوادر الطبية مسؤولة عن ذلك السبب، ويضاف إلى ذلك بأن مثيري العنف يكونوا في حالة من الهياج، والتوتر، ولا يميزون بين طبيب وممرض، ومحاسب، أثناء اعتدائهم عليهم. وأخيراً فإن الكوادر الطبية تقف إلى جانب بعضها البعض أثناء الاعتداء عليهم مما يزيد احتمالات الاعتداء عليهم جميعاً.

مناقشة الفرضية الثانية: وهي لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α≤ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة يعزى لمتغير النوع الاجتماعي.

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α≤ 0.05) في عدد مرات التعرض للعنف تعزى لمتغير النوع الاجتماعي حيث بلغت قيمة Sig المحسوبة على المستوى الكلي(0.047%)، ولدى الرجوع للمتوسطات الحسابية تبين أن معدل تعرض الذكور للعنف بلغ (21.97%)، ومتوسط تعرض الإناث بلغ (22.71%)، مما يشير إلى ذلك الإناث أكثر تعرضاً للعنف بأشكاله المختلفة من الذكور.

كما أظهرت النتائج بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α≤ 0.05) في درجة تعرض الكوادر الطبية للعنف النفسي حيث بلغت قيمة Sig المحسوبة (0.025%)، وبلغ متوسط تعرض الذكور للعنف النفسي (9.30)، ومتوسط تعرض الإناث للعنف النفسي (9.72)، مما يشير إلى أن الإناث أكثر تعرضاً للعنف النفسي من الذكور. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التعرض للعنف الجسدي بين الذكور والإناث.

ويمكن تفسير أن الإناث أكثر عرضة للعنف النفسي بما يلي:الإنـاث أكثـر حساسية للألفاظ، والإيحاءات، والإشارات التي تصدر عن المرضى والمرافقين، فقد تصدر كلمات غير مقصودة من المرضى، والمرافقين، وتعتبرها الإناث إساءة لفظية موجهة إليهن بينما لا تعتبر عنفاً من قبل الذكور.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (العواودة، 2007) والتي توصـلت الـى أن العنف النفسي هو أكثر أنواع العنف انتشاراً ضد المرأة العاملة في القطاع الـصحي وبلغت نسبته (77%)، فيما يعد العنف الجسدي الأول انتشاراً ضد المرأة العاملة في القطاع الصحي وبلغت نسبته (29.1%)، وهو يمـارس مـن قبـل المـراجعين، والمرضى، والمرافقين.

أما فيما يتعلق بالعنف الجسدي فأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالـة إحصائية تعزى لمتغير النوع الاجتماعي، مما يعني أن الذكور والإناث يتعرضـون للعنف الجسدي وبنفس الدرجة.

ويفسر ذلك بأن العنف إذا مر في مراحله الأولى وهـي الإسـاءة اللفظيـة، والتهديد، ووصل إلى مرحلة العنف الجسدي فإن مثيري العنف في هذه اللحظـة لا يميزون بين المسميات الوظيفية، أو بين الذكور، والإناث.

مناقشة الفرضية الثالثة، وهي: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عنـد مـستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تقديرات الكوادر الطبيـة العاملـة فـي أقـسام الإسـعاف والطوارئ للآثار المترتبة على العنف تعزى للمتغيرات (المسمى الوظيفي، النـوع الاجتماعي، سنوات الخبرة، الدخل الشهري).

تم استخدام تحليل التباين المتعدد (Multiple ANOVA) للكشف عن وجود فروق في تقديرات المبحوثين للآثار المترتبة على العنف تعزى للمتغيرات الـسابق ذكرها. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النـوع الاجتماعي حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة (0.096)، ومتغير الدخل الشهري وبلغت قيمة (F) المحسوبة (0.210)، وهي مستويات غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

مما يعني أن تقديرات الذكور والإناث للآثار المترتبة على العنف هي بـنفس المستوى، وأن التباين في معدل الدخل لا يؤثر فـي تقـديرات المبحـوثين للآثـار المترتبة على العنف.

كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقديرات المبحوثين للآثار المترتبة على العنف تعزى لمتغيرات(سنوات العمل، المهنة) حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة ((0.008)، (0.000))، وعلى التوالي.

ولمعرفة لمن تعود هذه الفروقات تم استخدام اختبار شافيه للمقارنات البعدية وأظهرت النتائج أن الفروقات كانت لصالح أصحاب الخبرة من(10-12) سنة، يليهم أصحاب الخبرة من(4-6) سنوات،ثم أصـحاب الخبـرة مـن (1- 3) سـنوات، وأصحاب الخبرة من (7-9) سنوات، ويليهم أصحاب الخبرة من 13سـنة فـأكثر، وأخيراً أصحاب الخبرة أقل من سنة وكانت جميع هذه الفروقات غير دالة إحصائياً.

وهذا يعني أن تقديرات المبحوثين للآثار المترتبة على العنـف وفقـاً لمتغيـر سنوات العمل تأتي وبنفس المستوى.

ويفسر ذلك بأن الآثار المترتبة على العنف بأشكالها المختلفـة (الشخـصية المتعلقة بالعمل، النفسية) تؤثر على جميع الكوادر الطبية سـواء أكـانوا مـن ذوي سنوات العمل القديمة، أم الحديثة فالإصابات الجسدية(الكسور، التمزقـات،...الـخ) والآثار المتعلقة بالعمل(ترك العمل، الرغبة بالنقل) لا تختلـف بـاختلاف سـنوات العمل.

كما أظهرت النتائج بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات الأطباء وباقي المهن تعود لصالح الأطباء.

ويفسر ذلك بان الأطباء هم الأكثر تقديرا للآثار المترتبة على العنف ولعـل ذلك يعود الى أن الأطباء في أقسام الإسعاف والطوارئ يشغلون وظيفتين وخاصـة بعد نهاية الدوام الرسمي فهم مسولين إداريين تارة وأطباء يقدمون الخدمات الصحية تارة أخرى؛ فبذلك هم الأقدر على تقدير الآثار الماديـة والأضـرار التـي تلحـق بالمستشفى وممتلكاته من وجهة أنهم مسولين إداريين،كما يستطيعون تقـدير الآثـار النفسية والجسدية للعنف من وجهة أنهم أطباء مختصون.

مناقشة الفرضية الرابعة:

" لا يوجد آثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ 0.05) للعوامل المؤدية لحدوث العنف (العوامل الإدارية، العوامل الثقافية والاجتماعية، العوامل الاقتصادية، العوامل القانونية العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية) في درجة تعرض الكوادر الطبية في أقسام الإسعاف والطوارئ للعنف.

أظهرت النتائج أن المتغيرات المستقلة (العوامل الإدارية، العوامل الثقافية والاجتماعية، العوامل الاقتصادية، العوامل القانونية، العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية) فسرت ما مقداره (26.6%) من التباين في المتغير التابع (درجة التعرض للعنف)، وتعتبر هذه النسبة دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$ 0.05)، وبلغت قيمة (F) المحسوبة (58.186)، وعند استخدام تحليل الانحدار المتعدد لاختبار آثر أبعاد المتغيرات المستقلة والمتمثلة بالعوامل المؤدية لحدوث العنف في درجة التعرض للعنف.

أظهرت النتائج من خلال متابعة معاملات (Beta) واختبار(T) أن (العوامل الإدارية، والعوامل الاجتماعية والثقافية، والعوامل المتعلقة بالكوادر الطبية) ذات تأثير في درجة تعرض الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ للعنف بدلالة معاملات(Beta) لهذه المتغيرات، وارتفاع قيمة (T) المحسوبة عن قيمها ألجدوليه عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ 0.05). إذ أظهرت النتائج أن العوامل الاجتماعية والثقافية جاءت في المترتبة الأولى، وفي المرتبة الثانية جاءت العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية، وفي المرتبة الثالثة والأخيرة جاءت العوامل الإدارية.

كما أظهرت النتائج عدم وجود آثر لكل من العوامل المناخية، والعوامل الاقتصادية، والعوامل القانونية.

ويمكن تفسير بأن المتغيرات المستقلة (العوامل الإدارية، العوامل الاجتماعية والثقافية، العوامل المتعلقة بالكوادر الطبية) قد فسرت ما مقداره (26.6%) من درجة التعرض للعنف كما يلي:

أن العوامل المؤدية لارتكاب العنف لا زالت على اختلاف بين الباحثين الاجتماعيين فمنهم من فسر أسباب العنف بالعوامل الفردية (بيولوجية، أو نفسية) أو

العوامل الاجتماعية: (المدرسة الاجتماعية، المدرسة الاجتماعية السلوكية، المدرسة الاجتماعية الثقافية، المدرسة الاقتصادية،المدرسة الجغرافية)، ومنهم من فسره حسب المستوى التكاملي الذي يجمع بين المستويين السابقين. وعليه فان تعدد العوامل التي فسرت(26.6%) من العنف في هذه الدراسة يتفق والنظريات الاجتماعية التي فسرت العنف بشكل عام، والتي أظهرت بأنه لا يوجد سبب واحد للعنف.

مناقشة الفرضية الخامسة:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α≤ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة يعزى لمتغير الدخل الشهري.

تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بأشكاله المختلفة وفقاً لمتغير الدخل الشهري، وأظهرت النتائج وجود فروقات ظاهرية في المتوسطات الحسابية لعدد مرات التعرض للعنف بأشكاله المختلفة: (النفسية، والجسدية) وفقاً لمتغير الدخل الشهري، وكانت هذه الفروقات لصالح الفئة التي يقل دخلها الشهري عن150 دينار، وبلغ المتوسط الحسابي (23.30)، وفيما يتعلق بأنماط العنف كان المتوسط الحسابي الأعلى للعنف النفسي لذات الفئة وهي التي يقل دخلها عن150دينار وبلغ (10.19)، وفي العنف الجسدي كان للفئة التي يقل دخلها عن 150 دينار وهي ذات الفئة التي احتلت المرتبة الأولى في العنف الكلي والنفسي والجسدي.

ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروقات الظاهرة ذات دلالة إحصائية تم استخدام تحليل التبيان الأحادي (One Way Anova).

وأظهرت النتائج عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف (النفسي، الجسدي، المستوى الكلي) يعزى لمتغير الدخل حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة للعنف النفسي (0.311) وللعنف الجسدي (0.963) وللعنف على المستوى الكلي (0.712) وهي أرقام غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α≤ 0.05) وهذا يعني أن الكوادر الطبية ومهما اختلفت دخولها فإنها تتعرض للعنف وبنفس المستوى.

ولعل ذلك يفسر بأن الشفت العامل في أقسام الإسعاف والطوارئ يتألف من المهن المختلفة والتي تتقاضى دخول مختلفة فإذا ما حدث العنف فإنه غالباً ما يشتمل على كافة العاملين في (الشفت) من أطباء، وممرضين، ومحاسبين، وغيرهم فلا ووجود لحسابات الدخل الشهري في تلك الأوقات، وأن مثيري العنف لا يميزون بين ذوي الدخول المرتفعة، والمتدنية.

مناقشة الفرضية السادسة:

وهي لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العامة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشكاله المختلفة يعزى لمتغير العمر.

ولهذه الغاية تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بأشكاله المختلفة وفقاً لمتغير العمر.

وأظهرت النتائج بأن هناك فروقات ظاهرية في المتوسطات الحسابية لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف وبأشكاله المختلفة (النفسية، والجسدية) وكانت على المستوى الكلي تعود للفئة العمرية أكثر من 40 سنة، بمتوسط حسابي بلغ (22.87)، وعلى مستوى العنف الجسدي كانت لذات الفئة (أكثر من 40 سنة) حيث بلغ المتوسط الحسابي (13.24)، وعلى مستوى العنف النفسي كذلك لفئة أكثر من 40سنة، وكان المتوسط الحسابي (9.73)، واقلها للفئة من (25-40) وكان المتوسط الحسابي (9.29).

ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروقات ذات دلالة إحصائية تم استخدام تحليل التبيان الأحادي (One Way Anova)، وأوضحت النتائج بعدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف (المستوى الكلي، النفسي، الجسدي) يعزى لمتغير العمر.

ويفسر ذلك بأن الكوادر الطبية وبكافة فئاتها العمرية تتعرض للعنف وبنفس المستوى؛ ولعل ذلك يعود إلى أن العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ يكونوا من الفئات العمرية المختلفة الصغيرة، والمتوسطة، والكبيرة. وأظهرت الدراسة بأن

حوالي ثلثي أفراد عينة الدراسة (65.3%) من الفئة العمرية (25-40 سـنة)، وأن خمس عينة الدراسة (20%) تقل أعمارهم عن 25 سنة، وأخيراً (14%) من أفراد عينة الدراسة تزيد أعمارهم عن 40 سنة.

وهذا التنوع في الفئات العمرية يعود إلى تعدد الاختصاصات الطبية، والحاجة المتزايدة إلى تجديد الدماء، وضخ المزيد من الاختصاصات الطبية الحديثة، لمواكبة السيل العارم من الأمراض المتزايدة، والمتجددة.

ويضاف إلى ذلك بأن مثيري العنف يتعاملون مع الكـوادر الطبيـة بـصفتهم مجموعة واحدة بغض النظر عن فئاتهم العمرية في حالة العنف واللاعنف.

مناقشة الفرضية السابعة:

وهي "لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤ 0.05) في عدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية للعنف بأشـكاله المختلفة يعزى لمتغير موقع العمل (المستشفى الذي يعمل فيه).

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعدد مرات تعرض الكوادر الطبية للعنف بأشكاله المختلفة وفقا للمستشفى الذي تعمل فيه.

وأظهرت النتائج وجود فروقات ظاهرية في المتوسطات الحـسابية وكانـت هذه المتوسطات متقاربة حيث تراوحت مابين 19.75 ولغاية 24. وكـان أعلاهـا مستشفى الرويشد وبلغ (24)، وأدناها مستشفى معان وبلغ (19.75)، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروقات ذات دلالة إحصائية تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فـي عـدد مرات تعرض الكوادر الطبية العاملة في المستـشفيات الحكوميـة تعـزى لمتغيـر المستشفى الذي تعمل فيه.

ويفسر ذلك بأن الكوادر الطبية العاملة في جميع المستشفيات الحكومية فـي الأردن يتعرضون للعنف وبنفس المستوى المتقارب، ولعل ذلك يعود الـى ان هـذه الدراسة اشتملت جميع العاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ، ولم تكن لهمـا مـدة زمنية محددة، أي كانت على جميع سنوات العمل التـي أمـضاها العـاملين فـي

المستشفيات قبل إجراء هذه الدراسة،وهذه السنوات قد تكون في مستشفيات عديدة في الأردن حيث يتم نقل هذه الكوادر من المستشفيات بين الحين والأخر.

ويضاف إلى ذلك بان الثقافة الاجتماعية السائدة في الأردن متشابهه لـ ذلك لا يختلف تعامل المواطنين مع الكوادر الطبية المختلفة، أي أن المرضـى والمـرافقين وفي جميع المستشفيات يتعرضون وبنفس الطريقة للكوادر الطبية.

3.4 نتائج الدراسة

1. أثبتت الدراسة بأن العوامل المؤدية لحدوث العنف متعددة ومتداخلة، وقد جاءت على الترتيب التالي: العوامل الاجتماعيـة والثقافيـة، والعوامـل القانونيـة، والعوامل الإدارية، والعوامل الاقتصادية، والعوامل المتعلقة بالكوادر الطبيـة، وأخيراً العوامل المناخية.
2. كشفت الدراسة بأن نسبة انتشار العنف في مكان العمل (المستشفيات الحكوميـة) هي (82%)، وأن (11%) من أفراد عينة الدراسة لـم يتعرضـوا للعنـف، وان(7%) أجابوا بأنهم محايدين.
3. أظهرت الدراسة بأن الأنماط السائدة من العنف في المستشفيات الحكومية هـي: العنف الجسدي، والعنف النفسي، وأن نسبة العنف الجسدي تفوق نسبة العنـف النفسي، حيث بلغت نسبة العنف الجسدي الذي تتعرض لـه الكـوادر الطبيـة (52%)، ونسبة العنف النفسي (48%). وأن أكثر أشـكال العنـف الجـسدي انتشارا، هي: الضرب باليد، والركل، والـدفع (الـدفش) (أي اسـتخدام اليـد والرجل) وبلغت نسبته(65%)، وأن أكثر أشكال العنف النفسي انتشاراً، هـي: السب والشتم وبلغت نسبته(38%). وان الإناث أكثر عرضة للعنف النفسي من الذكور
4. أشارت الدراسة بأن مرتكبي العنف في المستشفيات الحكومية هـم المـرافقين، والمرضى، وجاء المرافقين بالمرتبة الأولى وبنسبة(77.6%)، ويليهم المرضى بنـ ـسبة (22.4%). وان المـ ـرافقين الـ ـذكور يرتكبـ ـون العنـ ـف

بنسبة(78%)،والمرافقات من الإناث يرتكبن العنف بنسبة (42%). وان العنف يحدث إذا كان المرضى من الذكور بنسبة (43%)، وإذا كان المرضى من الإناث بنسبة (33%)، وان العنف يحدث إذا كان المرضى من أرباب السوابق بنسبة(58%).

5. أظهرت الدراسة بأن العنف يترتب عليه العديد من الآثار، وهي: الأضرار بممتلكات المستشفى وبنسبة (97%)، وأن العنف يولد التوتر لدى الكوادر الطبية وبنسبة (92%)، كما يؤدي العنف إلى نقص الكوادر الطبية وبنسبة (84%)، ويؤدي إلى حدوث الإصابات العضوية (الجسدية) وبنسبة بلغت (84%)، كما يؤدي إلى أضعاف كفاءة إنتاجية الكوادر الطبية وبنسبة مئوية بلغت (82%)، ويجعل الكوادر الطبية تفكر بالنقل من أقسام الإسعاف والطوارئ وبنسبة (88%)، وأخيراً يؤدي العنف الى تسلل الملل إلى نفوس الكوادر الطبية وبنسبة مئوية بلغت(81%) العنف يجعل الكوادر الطبية متوترين في حياتهم الخاصة(مع أسرهم) وبنسبة(75%)، العنف يجعل الكوادر الطبية تقوم بأخذ الإجازات العادية والاضطرارية والمرضية حتى تبتعد عن العمل وبنسبة(75%)، يؤدي العنف إلى الإصابة بالأمراض النفسية وبنسبة(69%)، العنف يجعل الكوادر الطبية تساعد الأشخاص الذين يرتكبونه حتى يتقوا شرهم وبنسبة(56%).

6. كشفت الدراسة بأن العنف يؤدي إلى إلحاق الضرر بالممتلكات، وجاءت الأضرار بالممتلكات على الترتيب التالي: الزجاج وبنسبة(25%)، وأدوات الإسعاف وبنسبة(24%)، وأسرة المرضى وبنسبة(18%)، وأجهزة التصوير وبنسبة 12%)، ومعدات الصيدلية وبنسبة(11%)، وأخيراً أجهزة المختبر وبنسبة بلغت (10%).

7- أظهرت الدراسة ومن خلال السؤال المفتوح الذي تم طرحه على المبحوثين بأن أهم الحلول الممكنة لمشكلة العنف هي: زيادة الحراسة الأمنية من خلال زيادة تفعيل أجهزة الأمن العام (الشرطة) وتقليل دور الشركات الخاصة بالأمن والحماية وبنسبة(66%)، زيادة أعداد الكوادر الطبية والتمريضية، مع ضرورة

توفير كافة الاختصاصات الطبية (باطني، قلب، عظام،...الخ) ورفع كفاءة هذه الكوادر من خلال التدريب والتعليم وبنسبة(56%)، اتخاذ الإجراءات القانونية الرادعة بحق المعتدين من خلال إيجاد تشريعات جديدة تحدد ما على المرافق وماله وبنسبة(51%)، الاهتمام بالتوعية والثقافة الصحية والاجتماعية للكوادر والمرافقين من خلال وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة وخطباء المساجد والمخاتير وإصدار نشرات طبية وتوعية في مجال الصحة العامة وبنسبة(44%)، عدم دخول المرافقين إلى صالات العلاج وتوفير غرف انتظار مناسبة لهم وعدم السماح بدخولهم وبحوزتهم الأسلحة والأدوات الأخرى وبنسبة(41%).

8 -كشفت الدراسة بان كثرة الحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ من العوامل المؤدية للعنف (84%)، وان نسبة الحالات غير الطارئة تفوق الحالات الطارئة على المستوى الإحصائي الكلي، وعلى المستوى الإحصائي لكل سنة. وان الحالات الطارئة تؤدي الى العنف بنسبة (36%)، والحالات غير الطارئة بنسبة (53%).

9- أظهرت الدراسة بأن الحراسة الأمنية والمتمثلة برجال الأمن العام (الشرطة) تؤدي إلى تقليل العنف وبنسبة (84%)، وأن عدم وجود مرافقة أمنية (وجود رجال شرطة مع الأشخاص من ذوي الأسبقيات الإجرامية يؤدي إلى حدوث العنف وبنسبة (79%)، وأن (66%) من أفراد عينة الدراسة يرون تفعيل إجراءات الشرطة وتقليل دور شركات الأمن والحماية الخاصة.

10- كشفت الدراسة بأن وضع الحواجز التي تحول دون دخول المرافقين إلى صالات العلاج يؤدي إلى تقليل العنف وبنسبة مرتفعة بلغت (88%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، وأن يصمم غرف انتظار مريحة ومناسبة للمرافقين يؤدي إلى تقليل العنف (83%).

11- أشارت الدراسة إلى أن عدد الأطباء غير كافٍ للقيام بالعمل (64%)، وأن أعداد الكوادر الأخرى كذلك غير كافية وبنسبة (52%)، وأن عمل الأطباء

لفترة طويلة وعدم وجود استراحة أثناء العمل يـؤدي إلـى العنـف وبنـسب (76%) (75%) على التوالي.

12- أظهرت الدراسة بـأن التوعيـة الـصحية للمـواطنين تـؤدي إلـى تقليـل العنف(91%)، وأن قلة التوعية القانونية للمريض، والمرافقين حول العقوبات المترتبة على العنف تؤدي إلى تقليل حـدوث العنـف (90%)، وأن معرفـة المرضى والمرافقين بحقوقهم وواجباتهم يؤدي إلـى تقليـل حـدوث العنـف (90%).

13- كشفت الدراسة بأن حسن مهارات الاتصال لدى الكوادر الطبية يـؤدي إلـى تقليل حدوث العنف وبنسبة (87%)، وأن تعامل إدارة المستشفى مع شـكاوي المواطنين يؤدي إلى تقليل العنـف (60%)، وأن الإبـلاغ المفـاجئ لـذوي المريض بحالات الوفاة يؤدي إلى حدوث العنف (81%)، وأن عدم وجود جهة محددة لإبلاغ ذوي المريض بطريقة علاجه يؤدي إلى حدوث العنف (69%)، وأن تعيين أخصائيين اجتماعيين للتعامل مع المرضى والمرافقين يـؤدي إلـى تقليل حدوث العنف وبنسبة (80%).

14- أشارت الدراسة إلى أن عدم توفر أسرة كافية للمرضى يؤدي إلـى حـدوث العنف (86%)، وأن صعوبة إجراءات التحويل من مستشفى لأخر يؤدي إلـى حدوث العنف وبنسبة (85%)، وأن عدم كفاية الأجهزة (77%) وتعطلها وعدم صلاحيتها (75%) يوديان لحدوث العنف.

15- أظهرت الدراسة بأن الثقافة الاجتماعية المتساهلة مع العنف تؤدي إلى حدوثه وبنسبة (84%)، وأن العقلية القبلية (الجماعية) تؤدي إلى حدوث العنف وبنسبة (87%)، وأن الإجراءات العشائرية التي تعقب حدوث العنف تؤدي إلى تكراره وبنسبة (87%)، وأن هناك أناس يشتركون بالعنف (على سبيل النخوة) وهـم ليس لهم علاقة بإطراف المشكلة وبنسبة (83%)، وأن زيادة أعداد المـرافقين يعتبر نوع من المجاملات الاجتماعية وبنسبة (82%)، وهذه الزيادة تؤدي إلى دخولهم صالات العلاج والذي يعتبر من أهم عوامل حدوث العنـف وبنـسبة (95%)، وهذا الدخول إلى صالات العلاج يـؤدي إلـى احتكـاك المـرافقين

بالكوادر الطبية ويولد العنف وبنسبة بلغت (90%)، وأن الذي يـدفعهم إلـى دخول صالات العلاج هو خوفهم على مريضهم وبنسبة (73%).

16- أشارت الدراسة إلى أن التأخير في مباشرة العلاج والإجراءات العلاجية لدى وصول المريض يؤدي إلى حدوث العنف وبنسبة (81%)، وأن عـدم تـوفر عمال نقالة مدربين على إسعاف المرضى يؤدي إلى حدوث العنف (72%).

17- كشفت الدراسة بأن التشريعات القانونية الحالية غير كافيـة لـردع مرتكبـي العنف وبنسبة (50%)، وأن الإجراءات القانونية التي اتخذت حالات العنـف السابقة تؤدي إلى تكرار حدوثه (70%)، وأن حدوث الأخطاء الطبية يـؤدي إلى حدوث العنف وبنسبة (72%).

18- أظهرت النتائج بأن الرضا الوظيفي يترتب عليه تقليل حدوث العنف وبنـسبة (78%)، وأن الحوافز المادية للعاملين في أقسام الإسعاف والطوارئ يترتـب عليها تقليل حدوث العنف وبنسبة (65%)، وأن النقابات المهنية التي ينتـسب لها العاملين في المستشفيات الحكومية غير قادرة على حماية منتسبيها وبنـسبة بلغت (53%).

19- كشفت الدراسة بأن النسب متقاربة إلى حد ما من حيث المنطقة التي يقطنهـا مرتكبي العنف فأظهرت بأن نسب ارتكابه في (المدينة، المخيم، القرية، البادية) هي على النحو التالي: (47%، 45%، 38%، 32%) على التوالي.

20- أظهرت الدراسة بأن عدم توفر أجور العلاج مع المرضى يؤدي إلى حـدوث العنف وبنسبة (76%)، وأن ارتفاع تكاليف العلاج أيضاً يؤدي إلـى حـدوث العنف وبنسبة (64%).

4.4 التوصيات

1- إيجاد أقسام في المستشفيات الحكومية أو المراكز الصحية الـشاملة لاسـتقبال الحالات غير الطارئة مما يخفف العبء على أقسام الإسعاف والطوارئ.

2- زيادة الحراسة الأمنية في أقسام الإسعاف والطوارئ،وأن تكون هذه الحراسـة من قبل رجال الأمن العام (الشرطة) مع أخذ الاحتياطات أثناء فتـرات الليـل حيث أشارت الدراسة بأن العنف يزداد خلال الليل.

3- إيجاد نظام، ووضع حواجز تحول دون دخول المرافقين الى صالات العـلاج، ولتنفيذ إجراءات منع دخول المرافقين لابد من توفير غرف انتظـار مناسـبة، ومريحة لمرافقي المرضى.

4- زيادة عدد الأطباء، والكوادر الطبية الأخرى ؛لتحقيق التناسب بين عدد الكوادر الطبية والحالات التي تراجع أقسام الإسعاف والطوارئ.

5- تأهيل وتدريب الكوادر الطبية من خلال الـدورات، والنـدوات، والمـؤتمرات العلمية وإدخال طريقة التعامل مع العنف في المقـررات الدراسـية لكليـات الطب، والتمريض، والمهن الصحية الأخرى.

6- تأهيل الكوادر الطبية وتحسين مهارات الاتصال لديهم في التعامل مع المرضى والمرافقين، وإيجاد جهة محددة لإبلاغ ذوي المريض فـي حـالات الوفـاة، والإصابات الخطيرة.

7- الاستعانة بأخصائيين اجتماعيين للتعامل مع المرضـى والمـرافقين، وخاصـة سريعي الاستثارة منهم.

8- زيادة أعداد الأسرة في المستشفيات الحكومية، وإيجاد سيارات إسعاف لغايـات تحويل المرضى إلى المستشفيات الأخرى.

9- زيادة أعداد الأجهزة الطبية (التصوير الشعاعي، أجهـزة المختبـر) وإصـلاح المعطل منها.

10- التركيز على التوعية الاجتماعية من خـلال وسـائل الإعـلام المـسموعة، والمقروءة، والمرئية، وعقد الندوات، وإشراك الجهات الرسمية والصحية فيها لإظهار مدى خطورة العنف ضد الكوادر الطبية، والآثار المترتبة عليه علـى المستوى الشخصي، وعلى مستوى الصحة العامة ككل.

11- التعامل مع حالات الاعتداء على الكوادر الطبية بطريقة مختلفة عن التعامل مع المشاجرات العادية (عشائرياً و قانونياً)، باعتبارها اعتداء على موظف أثناء قيامه بوظيفته.

12- تعين عمال إسعاف (نقالة) مدربين على التعامل مع الحالات الطارئة.

13- تفعيل التشريعات القانونية المتعلقة بالاعتداء على الموظفين أثناء قيامهم بوظائفهم، وتسهيل الإجراءات على الكوادر الطبية أثناء التقدم بالشكوى، وعدم معاملة المشتكي والمشتكى عليه بنفس الطريقة.

14- دعم الكوادر الطبية العاملة في أقسام الإسعاف والطوارئ بالحوافز المادية، وإيجاد بيئة عمل مناسبة تؤدي إلى تحقيق الرضا الوظيفي،ومنها ساعات الدوام والتنقلات بين المستشفيات.

15- تخفيف أجور العلاج (الكشفية) على الحالات الطارئة، وإيجاد نظام محاسبة يسمح لذوي المريض بإحضار الأجور في وقت لاحق، حيث أن أكثر الحالات الطارئة يكون المريض ومرافقيه غير جاهزين للدفع بالحال.

16- إنشاء وحدة خاصة في وزارة الصحة للتعامل مع الكوادر الطبية التي تعرضت للعنف نفسياً لتشكيل حافزاً لهم، ولزملائهم، وللتخفيف من الآثار النفسية التي تترتب على العنف.

17- تقليل الأثاث المكتبي على طاولات المستشفى، وأن لا يكون هذا الأثاث من ذوي الحواف التي تتسبب بالإيذاء، ووضع أدوات الإسعاف (الشفرات الطبية، أكياس التغذية... الخ) في أماكن يصعب الوصول إليها من المرضى، والمرافقين.

18- إجراء المزيد من الدراسات للتعرف إلى مدى انتشار العنف، والآثار المترتبة عليه، وإجراء دراسات للتعرف على العوامل المترتبة على حدوث العنف من وجهة نظر المنتفعين من الخدمات الصحية.

المراجع

أ- المراجع العربية

الإمام النووي،(1992)، رياض الصالحين، المكتب الإسلامي، ط1، بيروت، لبنان، تخريج، محمد ناصر الدين الالباني.

ابن منظور، (1992)، **لسان العرب**، الطبعة الثانية، دار أحياء التراث الشعبي ومؤسسة التاريخ الإسلامي، بيروت، لبنان.

أبو حجلة، همسة سمير (2004)، **العلاقة بين الرضا عن الزوج والعنف ضد الزوجة في قصبة الكرك**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الكرك، الأردن.

أبو زنط، مهديكار شيب (2002) **مظاهر العنف في المدارس الحكومية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في محافظة نابلس**، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

اسرة التحرير (2007) نقابة الاطباء تدعو لتوقف رمزي عن العمل لمدة ربع ساعة احتجاجاً على الاعتداءات على الكوادر الطبية، **جريدة الدستور الأردنية**، العدد (14394)، صفحة المحليات.

اسرة التحرير (2009) خمس سنوات لمن يعتدي على طبيب في مدريد، **جريدة البينة العراقية**، العدد (134)، صفحة الافتتاحية (1).

آل رشود، سعد بن محمد بن سعد، (2000)، اتجاهات طلاب المرحلة الثانوية نحو العنف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

بدوي، احمد زكي، (1986)، **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية**، بيروت، لبنان.

البشير، محمد،(1972) حقائق وأرقام وزارة الصحة، **المجلة العسكرية**، عدد خاص، ص ص 102 -119

ألجميلي، فتحية عبد الغني، (2001)، **الجريمة والمجتمع ومرتكبي الجريمة**، وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

الجرادين، صباح خليل، (2001)، **مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء العاملين في مستـشفيات وزارة الـصحة فـي الأردن وعلاقتهـا بـبعض المتغيـرات الديمغرافية**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الكرك، الأردن.

الحسن، إحسان، (2008)، **علم اجتماع العنف والإرهـاب دراسـة تحليليـة فـي الإرهاب والعنف السياسي والاجتماعي**، دار وائل للنشر والتوزيع.

حسين، طه عبد العظيم، (2007)، **سيكولوجية العنـف العـائلي والمدرسـي**، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر.

حمدان، مجدي محمد توفيق، (2007)، **مظاهر العنف لدى طلبة الصف العاشر في المدارس الحكومية في مدينة عمان**، رسالة ماجستير غير مشنورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

حمودة، وآخر، علي محمود، (2006)، **علمي الإجرام والعقاب**، الطبعة الأولـى، مؤسسة البيان للصافة والطباعة والنشر، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

الخولي، محمود سعيد، (2006)، **العنف في مواقـف الحيـاة اليوميـة نطاقـات التفاعل**، الطبعة الأولى، دار مكتبة الإسراء للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

دائرة الإحصاءات العامة(2007)، **مسح السكان والصحة الأسرية**، عمان، الاردن.

الداود، إبراهيم داود، (2001)، العنف الطلابي سلوك عـدواني يغذيـه الإعـلام والمدرسة، **مجلة النبأ**، العدد 22، السنة الرابعة.

زايد، أحمد، (2002)، **العنف في الحياة اليومية في المجتمع المـصري**، المجلـد الأول، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والحياتية، القاهرة، مصر.

الزيادات، عادل عواد، (1993)، **البدايات الأولى للمستشفيات والسياسة الطبية في شرق الأردن للأعوام 1883-1946**، منشورات لجنة تاريخ الأردن، عمان، الأردن

الشبول، عبدا لله حسن، (2008)، **اتجاهات طلبة جامعة الطفيلية التقنية نحـو دور الضحية في وقوع الجريمة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعـة مؤتـة، الكرك، الأردن.

الصالح، مصلح، (2000)، **النظريات الاجتماعية المعاصرة وظاهرة الجريمة فـي البلدان النامية،** الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق، عمان، الأردن.

صالح، نبيه، (2003)، **دراسة في علمي الإجرام والعقاب،** الطبعة الأولـى، الـدار العلمية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان ن الأردن.

العرود، محمد عبد السلام، (2008)، **العنف الأسري**، الطبعة الأولى، دار الفاروق، عمان، الأردن.

عريم، عبد الجبار، (1976)، **نظريات علم الإجـرام**، الطبعـة الـسابعة، مطبعـة المعارف، بغداد، العراق.

العواودة، أمل سالم، (2007)، **العنف ضد المرأة العاملة فـي القطـاع الـصحي دراسة ميدانية على العاملات في مستشفيات محافظة العاصمة**، أطروحـة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

عيادة، أبو دوح، مديحه احمد، خالد كاظم، (2008)، **العنف ضد المـرأة**، الطبعـة الأولى، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

العيسوي، عبد الرحمن محمد، (2005)، **مبحث الجريمة**، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي الإسكندرية، مصر.

ألغامدي، إبراهيم بن سعد، (2008)، **العوامل المؤدية إلى ارتكـاب العنـف بـين النزلاء في إصلاحية السائر بالرياض،** جامعة نايف للعلوم الأمنية، رسـالة ماجستير غير منشورة، الرياض، السعودية.

الفقهاء، عصام، (2001) مستويات الميل إلى العنف والسلوك العدواني لدى طلبـة جامعة فيلادلفيا وعلاقتها الارتباطية بمتغيرات الجنس والكليـة والمـستوى ألتحصيلي وعدد أفراد الأسرة ودخلها، **مجلة دراسـات، العلـوم التربويـة،** المجلد28، العدد2.

مجاهد، ايهاب، الطراونة، منصور (2008) مجموعة مـن الكـوادر الطبيـة فـي مستشفى الكرك الحكومي تهدد بالاعتصام، **جريدة الدستور الأردنية**، العـدد (14682)، صفحة المحليات.

معهد الملكة زين الشرف، (2002)، **المفاهيم الخاصة بالعنف الأسري الإساءة كما تراها شرائح المجتمع الأردني**، عمان، الاردن.

منظمة الصحة العالمية(2002)، **تقرير حول الصحة والعنف**، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، طبعت النسخة في القاهرة.

نمور، محمد سعيد، (1999)، **الجرائم الدائنة للأشخاص في قانون العقوبات الأردني**، الطبعة الأولى، دار عمار، عمان، الأردن.

الوريكات، عايد، (2004)، **نظريات علم الجريمة**، دار الشروق للنشر، عمان، الأردن.

وزارة الصحة (2008)، **التقارير الإحصائية** للأعوام من 1996ولغاية 2008.

يسرى، أحمد، (1993)، **حقوق الإنسان وأسباب العنف في المجتمع الإسلامي في ضوء أحكام الشريعة**، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر.

ب- المراجع الأجنبية

Biscaia, Andre (2003), Patterns of Perceptions of Workplace Violence in The Portuguese Health Care Sector, **Human Resources For Health**. pp1478-1491.

Boz, Bora (2006), Violence Toward Health Care Workers in Emergency Department in Denizli,Turkey, **Advances in Therapy**. No2, pp364-369.

Cebeci, Fatma (2009), Causes and Prevention of Violence Toward Emergency Personnel By Patients And Their Relatives in A Province In Turkey, **European Journal of Emergency Medicine**

Dabak, Sennur, (2008), Experience of Workplace Violence During Medical Specialty Training in Turkey, **Oxford journals**, No 5,pp 361-366.

Daly,Tamara, (2008)," **Out of Control" Violence Against Personal Support Workers in Long-Term Care**, Canades Capital University. No23, p24.

Dimartino, vittorio,(2003)**, Relationship of Work Stress And Workplace Violence in the Health Sector**, Geneva, pp. 1-33.

Emarg ,J,(1997) Asurvey of Violence toward Nursing Staff and Emergency Department, hospital Dublin, Ireland.**Journal of Emeregency Nursingm** Vol.23, pp. 214-219.

Elston, Ann (2002), Violence Against Doctors: A Medical (Ised) Problem? The Case of National Health Service general practitioners, **Sociology of Health**, No.4, pp575 – 598.

Fernandes, C. M.,(1999) Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers, **Canadian Medical Association**, No. 161 (10) pp 1245–1248.

Health Policy and Economic Research Unit, (2003**) Violence at Work: the Experience of UK Doctors**, British Medical Association, London.

Hesketh, Kathryn L, (2002**)** Workplace violence in Alberta and British Columbia Hospitals, **Health Policy**, No.63, pp.311-321.

Hodgson et. al,(2004), Violence in Healthcare Facilities Lessons from Veterans Health Administration, **Journal Occupational Environmental**, No. 46, pp.1158–1165.6

Keely, Beth, R. (2002),**Recognition and Prevention of Hospital Violence**, Journal of Dimens Critical Care Nursing, Vol.21. pp.236-241.

Kennedy, Daniel, B. (2002), **Workplace Violence**, Encyclopedia of Criminology

Kowalenko,Terry. (2005) ,**Violence Workplace: Survey of emergency Physician in the State of Michigan**, Journal of Eroupean Resucitation Council ,No. 46, pp142-147.

Kwok, R.P.W ,(2006), **Prevalence of Workplace Violence Against Nurses in Hong Kong, Faculty of Medicine**, University of Hong Kong, Vol. 12, pp 69.

Lin, Yu-Hua ,(2008), The Impact of Workplace Violence on Nurses in South Taiwan**, International Journal of Nursing Studies**, Vol. 42, pp.773-778.

Mackin, J.C. (2001), Violence Against Trainee Pediatricians, Archives of Disease in child hood. **Royal College of pediatrics and child health**. No. 84, pp. 106-108.

Mephaul , Kathleen, M. (2004**),** Workplace Violence in Healthcare: Recognized But Not Regulated**, Journal of Issues in Nursing,** No.3.

Mephaul, Kathleen, M. (2008),Environmental Evaluation For Workplace Violence in Healthcare And Social Services, **Journal of Safety Research**

Merecz,Dorota (2006), Violence at the Workplace-Aguestionnaire Survey of Nurses in Poland ,European psychiatry, No. 21, pp.442-450.

Muftic, L. SAR, (2006), Therapy and Comparative Criminology International, **Journal of Offender**, pp.630-653.

National Institute For Occupational Safety And Health (NIOSH),(2002), **Violence Occupational Hazard In Hospitals**

Peek,Corinne, (2007**), Workplace Violence Prevention Programs in Hospital Emergency Departments**, Journal Occupational Environmental, Vol. 49. pp 756-763.

Peleg, Roni ,(2005), **Verbal and Physical Violence Towards Hospital – and Community-Based Physicians in The Negev**: Health Swevices Research, Vol. 5, Ben-Gurion University of the Negev.

RGN, Rose Mary,(1997***)*** A Survey of Violence Toward Nursing Staff in one large Irish Accident and Emergency Department, **Journal of Emergency Nursing**. No.23, pp. 214-219.

Sari , Azade (2006**),** Dangers Faced by Emergency Staff: Experience in Urban Centers in Southern Turkey, **Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery**, pp.239-242.

Shoghi, Mahnaz, (2008), Workplace Violence and Abuse A against nurses in Hospitals in Iran**, Asian nursing research**,Vol.2, pp184-193.

Simons, Shellie, (2008), Workplace Bullying Experienced by Massac Husetts Registered Nurses and the Relationship to Intention to Leave the Organization**, advances in nursing science**, Vol.31, pp.48-59.

Tyler, Faith, (2007), **Emergency Department Violence toward Registered Nurses in West Virginia**, mountain state university, USA.p. 60, PN. 1444356.

U.S.A LABOR,(1998) Recommendations For Workplace Violence Prevention Programs in Late- Night Retail Establiahments**, Occupational Safety and Health Administration.**

Wiskow ,Christiane, (2003), **Joint Programmer on Work Place Violence in the Health Sector Guidelines on Work Place Violence in the Health Sector**, Geneva. p.37.

World health organization,(2002), **New Research Shows Workplace Violence Threatens Health Services.**

Yoshikawa, t (2008). An Epidemiological Study of Work-Related Violence Experienced by Physicians, Who Graduated from a Medical School in Japan**, Journal Occupational health** No.50, pp.357-361.

الملحق (أ)

الاستبانة بصورتها الأولية

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الدكتور................................ الفاضل

نرجو منكم التكرم في الاطلاع على أداة هذه الدراسة الموسومة ب(العوامل المؤثرة في تحديد أنماط العنف في المستشفيات الحكومية من وجهة نظر العاملين في أقسام الطوارئ-دراسة ميدانية-وإبداء آرائكم حول مدى صلاحيتها لجمع البيانات بشكل مفصل في الحقول المخصصة للملاحظات ،حيث سيتم الأخذ وبشكل جدي- بهذه الملاحظات القيمة.

شاكرين ومقدرين لكم اهتمامكم ودعمكم للعلم وطلاب العلم.

الباحث

الاخ الكريم:ارجو منك وضع اشارة × في المربع المناسب

أولا:البيانات الشخصية

1-اسم المستشفى الذي تعمل به:....................................

2-النوع الاجتماعي: ذكر☐ أنثى☐

3-المستوى التعليمي: ---- أمي ---- إعدادي ---- ثانوي ---- دبلوم عالي
بكالوريوس ---- دبلوم عالي ---- دراسات عليا
4-العمر: ---- اقل من 20 عام ---- من 20 ولغاية 25 عام ---- من 26 ولغاية 35 عام ---- من 36 ولغاية 45 عام ---- من 46 ولغاية 55 عام ---- أكثر من 55 عام

5- مكان الإقامة: ---- مدينة ---- قرية ---- مخيم.

6- طبيعة السكن: ---- ملك ---- مستأجر.

7- الحالة الاجتماعية: ----أعزب ---- متزوج ---- أرمل ---- مطلق.

8- عدد أفراد الأسرة: ---- اقل من 3 ----من 3 ولغاية 5 ---- من 6 ولغاية 9
---- أكثر من 9.
9- الديانة: ---- الإسلام ---- المسيحية ---- أخرى، اذكرها.

10- المهنة: ---- طبيب ---- صيدلي ---- مساعد صيدلي ---- ممرض
---- مساعد ممرض ---- ممرض مساعد ---- قابلة قانونية
---- مهن طبية مساندة ---- عامل تمريض ---- فني مختبر
---- فني أشعة ---- مهن إدارية ---- محاسبة ---- موظف امن داخلي
---- موظف امن خارجي ----عامل نظافة ---- أخرى ، اذكرها.

11- سنوات العمل في المستشفى:---- اقل من سنة ----من سنة ولغاية 3سنوات
----من 4سنوات ولغاية 7سنوات
---- من 8 سنوات ولغاية 11 سنة ---- من11 ولغاية 15 سنة ---- ---- أكثر من 15 سنة

12-الأجر الشهري: ---- اقل من 150 ----من 150 ولغاية 250
---- من 251 ولغاية350 ---- من 351 ولغاية 451
----من 452 ولغاية 552 ---- أكثر من 552

اخي الريم: ارجو التكرم بوضع اشارة × في المربع المناسب

ثانيا: بيانات تتعلق بطبيعة العمل

1- هل تعمل بنظام الشفتات ؟ ---- نعم ---- لا
2- هل تفضل هذا النظام (الشفتات)؟ ---- نعم ----لا
3- ما هو الشفت الذي لا ترغب العمل به (.................)
ولماذا؟............................

4- رتب الشفتات حسب حدوث العنف ---- ---- ---- ----
5- هل لك دور مباشر في استقبال المرضى ---- نعم ---- لا
6-هل تتعامل مع الحالات بشكل مباشر ---- نعم ---- لا
7- هل تتعامل مع المرافقين للحالة بشكل مباشر ---- نعم ---- لا
8-هل طبيعة عملك تؤدي إلى تعرضك إلى العنف ---- نعم ----لا

الأخ الكريم: أرجو قراءة الفقرات بعناية وبعد ذلك وضع إشارة × في المربع المناسب لرأيك.

ثالثا:بيانات تتعلق بالحالة (المريض) والمرافقين

التسلسل	السؤال	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	تختلف ردة فعل المرافقين للحالة المرضية حسب جنس الحالة. (المريض)					
2	يزداد العنف إذا كانت الحالة(المريض)ذكرا					
3	يختلف العنف حسب عمر الحالة.(المريض)					
4	يقل العنف إذا كان المريض يعاني أمراضا سابقة (له سيرة مرضية)					
5	ازدياد أعداد المرافقين للحالة (المريض) يؤدي إلى زيادة العنف.					
6	يزداد العنف مع انخفاض المستوى التعليمي للحالة (المريض) والمرافقين.					
7	يزداد العنف مع انخفاض المكانة الاجتماعية للمريض وللمرافقين.					
8	يزداد العنف مع انخفاض المستوى الاقتصادي للحالة (المريض)					
9	قلة الدراية الطبية للمريض ومرافقيه تؤدي إلى زيادة العنف.					
10	تزداد حالات العنف في الحالات الطارئة (المفاجأة) مثل المشاجرات وحوادث السير					
11	يزداد العنف إذا كان المريض ومرافقيه من أرباب السوابق الاجرامية.					
12	نقص المرافقة الأمنية يؤدي إلى زيادة العنف.					
13	الحالات التي يرافقها العنف هي غير المشمولة بالتامين الصحي					

الاخ الكريم: أرجو قراءة الفقرات بعناية وبعد ذلك وضع إشارة × في المربع المناسب لرأيك.

رابعا:بيانات تتعلق بالإجراءات الإدارية والكوادر الطبية والمرضى والمرافقين

1- الإجراءات الإدارية

التسلسل	السؤال	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	كثرة الحالات التي تراجع المستشفى تؤدي إلى زيادة العنف.					
2	عدم مراعاة الحالة النفسية للمريض والمرافقين تؤدي إلى زيادة العنف.					
3	عدم تطابق الشعارات التي تعلق على جدران المستشفى مع الواقع يؤدي إلى زيادة العنف.					

4	الروتين في التعامل مع المريض ومرافقيه (مثل مراجعة المحاسب أولا ،التأخر في كتابة التقارير الطبية،000الخ) يؤدي إلى زيادةالعنف.					
5	المباني والتصاميم الداخلية للأقسام تؤدي إلى زيادة العنف.					
6	عدم كفاية الأمن الداخلي يؤدي إلى زيادة العنف.					
7	عدم كفاية الأمن الخارجي يؤدي إلى زيادة العنف.					
8	نقص المستلزمات الطبية داخل الأقسام يؤدي إلى زيادة العنف.					
9	عدم توفر أسرة للحالات الطارئة داخل الطوارئ يؤدي إلى زيادة العنف.					
10	عدم توفر أسرة لإدخال الحالات الطارئة إلى الأقسام يؤدي إلى العنف.					
11	الواسطة والمحسوبية في التعامل مع المرضى (مثل التجاوز على الدور) يؤدي إلى العنف.					
12	مقارنة المريض ومرافقيه للإجراءات التي تتم في المستشفيات الخاصة والتي تتم لديكم يؤدي إلى زيادة العنف.					
13	تفعيل الرقابة على الإجراءات الإدارية يقلل العنف.					
14	إذا حدث العنف يصبح هناك اهتمام بالحالة الطارئة.					
15	القرارات الإدارية الغير مرغوبة من المريض ومرافقيه تؤدي إلى زيادة العنف (مثلا لا توجد أسرة في المستشفى لإدخال المرضى وكذلك لاتوجد في المستشفيات الحكومية الأخرى أي أسرة)					
16	دخول المرافقين إلى غرف الإسعاف يؤدي إلى زيادة العنف					
17	محاولة إخراج المرافقين من الغرف يؤدي إلى زيادة العنف.					
18	عدم اهتمام الكوادر الطبية بالمرافقين يدفعهم إلى دخول غرف الاسعاف.					
19	خوف المرافقين على مريضهم يدفعهم إلى دخول غرف الاسعاف.					
التسلسل	السؤال	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
20	وضع حواجز تحول دون دخول المرافقين إلى غرف الإسعاف يقلل العنف.					
21	تصميم مساحات تتوفر فيها وسائل الراحة للمرافقين تؤدي إلى تقليل العنف					
22	التعامل مع المرافقين بطريقة حسنة تساعد إلى عدم دخولهم إلى غرف الإسعاف (مثل أن يقوم احد الكوادر الطبية بطمأنتهم على مريضهم).					
23	تعين اخصائيين اجتماعيين للتعامل مع المرافقين يقلل العنف					
24	إبلاغ المرافقين بطريقة مفاجئة عن حالة المريض أو وفاته يؤدي إلى زيادة العنف.					

25	عدم صلاحية الأجهزة والمعدات الطبية يؤدي إلى زيادة العنف					
26	الخلاف بين الكوادر الطبية في العمل يؤدي إلى زيادة العنف.					
27	تداخل الاختصاصات بين الكوادر الطبية يؤدي إلى اعتماد كل منهم على الآخر وبالتالي زيادة العنف.					

الاخ الكريم: أرجو قراءة الفقرات بعناية وبعد ذلك وضع (نعم ،لا) في المربع المناسب لرأيك

بيانات تتعلق بالكوادر الطبية

- هل لديك معلومات عن إعداد الكوادر الطبية المخصصة للعمل بالقسم (حسب موازنة وزارة الصحة) ؟	---- نعم ، ----لا
ذا كانت إجابتك في السؤال السابق(بنعم) هل هذه الأعداد كافية أم لا ؟	---- نعم ، ---- لا
هل تعاني من ضغط وتوتر لأنك تعمل في قسم الطوارئ؟	---- نعم ، ----لا
هل ترغب بالنقل من قسم الطوارئ إلى قسم آخر	---- نعم ، ----لا
هل ترغب في ترك العمل في المستشفى؟	---- نعم ، ----لا
هل تندفع للشجار مع المريض ومرافقيه عند تعرضك للعنف بكل أشكاله	---- نعم ، ----لا
هل تتعامل مع المريض ومرافقيه عند تعرضك للعنف بكل أشكاله على أنها حالة طارئة يجب الصبر عليها؟	---- نعم ، -----لا
هل الأجر الشهري الذي تتقاضاه كافي ؟(نعم ،لا) ؟	---- نعم ، - ----لا
هل يدفعك الأجر الشهري الذي تتقاضاه إلى التقاعس عن العمل؟(نعم ،لا) ؟	---- نعم ، -----لا
هل الكوادر الطبية العاملة في القسم موهلة للقيام بالعمل ؟	- --- نعم ، -----لا
هل ترغب بالاستمرار في العمل في قسم الطوارى؟ ؟	---- نعم ، -----لا

الاخ الكريم: أرجو قراءة الفقرات بعناية وبعد ذلك وضع إشارة × في المربع المناسب لرأيك.

التسلسل	السؤال	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
14	قلة الكوادر الطبية تؤدي إلى زيادة العنف.					
15	عدم استقبال الحالة الطارئة من قبل الكوادر الطبية يؤدي إلى زيادة العنف.					
16	انشغال الكوادر الطبية بحالة أخرى يؤدي إلى زيادة العنف.					
17	عدم التعامل مع الحالة اجتماعيا (حسن الاستقبال ،الاهتمام،....الخ) يؤدي إلى زيادة العنف.					
18	اختلاف اللهجات بين الكوادر الطبية والمرضى والمرافقين تؤدي إلى العنف.					
19	تتحمل تصرفات المريض ومرافقيه مهما كانت					
20	تفقد أعصابك في حال تعرضك للعنف.					
21	إذا فقدت أعصابك تترك القسم وتذهب حتى تهدى وتعود للعمل					
29	إذا فقدت أعصابك تتشاجر مع الطرف الآخر،					
30	كثرة استعمال الاتصالات الخلوية من قبل الكوادر الطبية تودي الى عدم الاهتمام بالمريض					
31	الاحاديث الجانبية بين الكوادر الطبية تودي الى عدم الاهتمام بالمريض					
32	الاختلاف في اللهجات بين الكوادر الطبية والمريض ومرافقينه يودي الى زيادة العنف.					
33	قلة الخبرة لدى الكوادر الطبية تؤدي إلى العنف.					
34	نقل الكوادر الطبية من مستشفى الى اخر دون رغبة يؤدي إلى عدم الاهتمام.					
35	قلة اعداد الكوادر الطبية تؤدي إلى العنف.					
36	عدم تجاوب الكوادر الطبية مع الاشخاص الذين يرغبون بالادوية المحظور صرفها الا بوصفة(المخدرة) يودي الى زيادة العنف.					
37	الرضا الوظيفي يقلل العنف					

الاخ الكريم: أرجو قراءة الفقرات بعناية وبعد ذلك وضع إشارة × في المربع المناسب لرأيك

العوامل الموثرة في تحديد انماط العنف

اولا:العوامل القانونية

1- برايك هل هناك تشريعات تحمي الكوادر الطبية من العنف ؟ ---- نعم ---- لا

2-اذا كانت اجابتك بنعم هل هذه التشريعات كافية؟ ----نعم ----لا

التسلسل	السؤال	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غيرموافق بشدة
3	عدم وجود قانون للاخطاء يؤدي الى عدم الاهتمام من قبل الاطباء.					
4	التشريعات الحالية كافية لردع المعتدين.					
5	التشريعات الحالية كافية لحث الكوادر الطبية على عملها					
6	الاجراءات التي تتخذ بحق المعتدين تساهم بتقليل العنف					
7	الاجراءات التي اتخذت مع الحالات السابقة كانت رادعة.					
8	الاجراءات التي تتخذ مع الكوادر الطبية كافية لحثهم على العمل.					
9	قلة الثقافة القانونية للكوادر الطبية تساهم في الوقوع في الاخطاءالطبية.					
10	التوعية القانونية للمواطنين تساعد في تقليل العنف.					
11	معرفة المريض لحقوقه وواجباته يقلل من العنف.					
12	معرفة المريض ومرافقينه للعقوبات المترتبة عليهم يقلل العنف.					
13	النقابات المهنية قادرة على حماية منتسبيها.					

العوامل الاجتماعية

التسلسل	السؤال	موافق بشدة	موافق	محايد	غيرموافق	غيرموافق بشدة
1	زيادة اعداد المرافقين يعتبر نوع من المجاملات.					

2	اثارة العنف يعد نوعا من اشعار المريض واهله بالاهمية					
3	قيام العنف يؤدي الى زيادة الاهتمام بالحالة المرضية من قبل الكوادر الطبية					
4	يكون العنف من الرجال (مرضى او مرافقين)					
5	يكون العنف من النساء (مرضى او مرافقين)					
6	استفزاز المرضى (النساء) للكوادر الطبية يؤدي الى زيادة العنف					
7	يزداد العنف اذا كان المريض ومرافقية من سكان القرى					
8	يزداد العنف اذا كان المريض ومرافقية من سكان المدينة					
9	الترابط الاجتماعي القوي بين المريضوالمرافقين يؤدي الى زيادة العنف					
10	العقلية الجماعية (التفكير بعقل رجل واحد) يؤدي الى زيادة العنف.					
11	الشعور لدى المريض ومرا فقينه بان الطبيب يعالج بسرعة(يملك عصا سحرية) يؤدي الى زيادة العنف.					
12	الاستفزاز الذي يحدث من المرافقين للكوادر الطبية(مثل اطلاق كلمات غير لائقة،حرام تكونوا هنا) يؤدي الى زيادة العنف					
13	اختلاف التامين (عسكري ،مدني) والطلب إلى العسكري مراجعة المستشفى المختص يؤدي إلى زيادة العنف					
14	الإجراءات العشائرية التي تحدث بعد حصول العنف تساهم في ازدياده.					
التسلسل	**السؤال**	**موافق بشدة**	**موافق**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق بشدة**
15	الثقافة الاجتماعية المتساهلة مع العنف تساعد في ازدياده.					
16	الحالات التي يرافقها العنف هي التي يكون المرافقين لها الاصدقاء.					
17	لحالات التي يرافقها العنف هي التي يكون المرافقين لها الاهل والاقارب.					

18	التفكير السائد بان الذي لا يشارك في العنف غير مهتم بالحالة(المريض) يؤدي إلى زيادة العنف.					
19	كثرة الاعذار (الطبيب نائم ،الطبيب مشغول) يؤدي إلى زيادة العنف					
20	كشف اسرار المريض يؤدي إلى زيادة العنف					
21	معاينة المرضى (النساء) بدون وجود نساء يؤدي إلى زيادة العنف.					
22	يلجا الناس للعنف لاثبات الرجولة					
23	يلجا الناس للعنف لاثبات المكانة بالقوة					
24	الاشخاص الذين يمارسون العنف تساعدهم حتى تتقي شرهم.					
25	يختلف تعاملك مع المراجعين حب حالتك النفسية.					
26	الشخص الذي يرتكب العنف يجد الاحترام من اقاربة.					
27	ممكن ناس تشترك بالعنف على سبيل النخوة(ناس ليس لهم دخل بالحالة المرضية)					
28	يحدث العنف اذا ادعت احدى السيدات بانها تعرضت للمضايقة.					

الاخ الكريم: أرجو قراءة الفقرات بعناية وبعد ذلك وضع (نعم ،لا) في المربع المناسب لرأيك العوامل الاقتصادية

1- هل انت راضي عن مستواك الاقتصادي؟ ---- نعم ---- لا

2- هل يعتمد مستواك الاقتصادي على راتبك السهري ؟ ----نعم ---- لا

3- اذا كانت اجابتك في السؤال السابق ب(لا) فما هي مواردك المالية ؟

التسلسل	السؤال	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	مستواك الاقتصادي يلعب دورا ايجابيا في تعاملك مع المريض					

2	مشاكلك الاقتصادية تؤثر في عملك سلبيا					
3	يمكن الفصل بين عملك ومشاكلك الاقتصادية					
4	الحالات التي تراجع المشتشفيات الحكومية من ذوي الدخل المتدني					
5	ارتفاع تكاليف (العلاج ،التصوير)يؤدي إلى تزايد العنف					
6	عدم القدرة على الدفع من المريض ومرافقيه تؤدي إلى ازدياد العنف					
7	الإصرار على استيفاء الأجور (المحاسبة) للحالات الطارئة يؤدي إلى ازدياد العنف					

بيانات تتعلق بالاثار المترتبة على العنف

التسلسل	السؤال
1	زيادة العنف تجعلك تفكر في النقل من قسم الطوارئ. ---- نعم ---- لا
2	زيادة العنف تجعلك تفكر في ترك العمل. ---- نعم ---- لا
3	العنف يجعلك تقوم باخذ الاجازات العادية ، والمرضية ، والاضطرارية هربا من العمل. ---- نعم ---- لا
4	العنف يؤدي الى إضعاف كفاءة الكوادر الطبية. ---- نعم ---- لا
5	العنف في العمل يجعلك متوترا في منزلك ومع اسرتك. ---- نعم ---- لا
6	هل ادى العنف الى اصابتك باحد الامراض او الاصابات ؟ ---- نعم ---- لا
7	العنف يؤدي الى تسرب الملل اليك ، وبالتالي عدم اهتمامك بالحالات المرضية. ---- نعم ---- لا
8	العنف يؤدي الى نقص في الكوادر الطبية ، وبالتالي زيادة العنف. ---- نعم ---- لا

ما هي الاثار الاخرى التي لم تذكر؟--

الاخ الكريم: أرجو قراءة الفقرات بعناية وبعد ذلك وضع (نعم ،لا) في المربع المناسب لرأيك

هل تعرضت لأحد أنماط العنف الآتية ؟

التسلسل	النوع	نعم	لا
1	الضرب باليد		
2	الضرب بأداة		
3	الركل		
4	الدفع (الدفش)		
5	السب والشتم		
6	الإلقاء على الأرض		
7	التهديد		
8	البصق		

9	التحقير			
10	السخرية والتهكم			
11	الاحتجاز			
12	اشهار السلاح			
13	اطلاق النار			

اذكر الأنماط التي لم تذكر ---

1-من الذي ارتكب العنف ؟ 1- المريض 2- المرافقين اذكره ....

2-بعد أن تعرضت للعنف هل لجأت للإجراءات القانونية ؟ ---- نعم ---- - لا

3-بعد أن تعرضت للعنف هل (أخذت حقك بيدك) ؟ ---- نعم ---- - لا

4-هل حدث أضرار مادية للممتلكات التي تعمل فيها نتيجة العنف ؟ ---- نعم ---- - لا

5- ما هي الممتلكات التي تعرضت للأضرار؟
---- -- أجهزة التصوير ----- أدوات الإسعاف ---- آسرة المرضى ------ زجاج المستشفى ------ الصيدلية

أسئلة عامة

1-رتب الحالات التي يرافقها العنف حسب الأكثرية ؟--------- ---------- ------------- -------------
------- ----------- ------------- --------------- ------------- -------------

المشاجرات ، حوادث السير ، الاشخاص الراغبون بالحصول على الادوية المخدرة ،الحالات المرضية المعتادة ، اذا كان المرضى اطفال ، اذاكان المرضى نساء ، اذكر أي حالات اخرى

2-ما هي العوامل المؤدية إلى العنف بشكل عام ؟---

3-ما هو العنف ؟من وجهة نظرك

-

4- **هل تتفق مع المقولة بان المواطنين (الأشخاص الذين يمارسون العنف)على حق؟**
----- نعم ---- - لا

مهما كانت اجابتك ،لماذا؟---

5- **من وجهة نظرك ،ماهي الحلول المناسبة لمشكلة العنف في المستشفيات الحكومية**
6- ....

الملحق (ب)

الاستبانة بصورتها النهائية

الملحق (ج)

مراجعو الاسعاف والطوارئ في مستشفيات وزارة الصحة للاعوام 2008/1996م

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة لسنة: 1996 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	234530	58361	292891	80.1
النديم	13899	35701	49600	28.0
الزرقاء	39181	57589	96770	40.5
الأمير فيصل	15321	34283	49604	30.9
الحسين / السلط	24234	35246	59480	40.7
المركز الوطني للنفسي	80	4618	4698	1.7
الشونة الجنوبية	2792	19745	22537	12.4
الاميرة بسمة	40749	81907	122656	33.2
الأميرة بديعة	0	0	0	0.0
الاميرة رحمة	13011	23342	36353	35.8
ابي عبيدة	16349	21921	38270	42.7
معاذ بن جبل	3610	32626	36236	10.0
الرمثا	16309	32043	48352	33.7
الاميرة راية	5318	30608	35926	14.8
الايمان / عجلون	29636	18679	48315	61.3
جرش	19799	40573	60372	32.8
المفرق	51070	27052	78122	65.4
الرويشد	2402	7238	9640	24.9
الكرك	2174	24000	26174	8.3
غور الصافي	2882	17625	20507	14.1
معان	22387	29906	52293	42.8
المجموع	555733	633063	1188796	46.7

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة لسنة: 1997 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	243046	71250	314296	77.3
النديم	19643	40914	60557	32.4
الزرقاء	34221	59011	93232	36.7
الأمير فيصل	21250	43125	64375	33.0
الحسين / السلط	25763	40364	66127	39.0
المركز الوطني للنفسي	116	4540	4656	2.5
الشونة الجنوبية	5491	14499	19990	27.5
الاميرة بسمة	33239	74983	108222	30.7
الأميرة بديعة	0	0	0	0.0
الاميرة رحمة	19107	27126	46233	41.3
ابي عبيدة	13379	25769	39148	34.2
معاذ بن جبل	1042	40024	41066	2.5
الرمثا	9298	46966	56264	16.5
الاميرة راية	3935	33557	37492	10.5
الايمان / عجلون	14198	40343	54541	26.0
جرش	24354	49489	73843	33.0
المفرق	48406	23251	71657	67.6
الرويشد	3753	6794	10547	35.6
الكرك	1796	18646	20442	8.8
غور الصافي	3408	15275	18683	18.2
معان	18898	37763	56661	33.4
المجموع	544343	713689	1258032	43.3

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة لسنه 1998 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%

البشير	255569	75303	330872	77.2
النديم	18574	44446	63020	29.5
الزرقاء	29780	68505	98285	30.3
الأمير فيصل	17334	59449	76783	22.6
الحسين / السلط	32405	41872	74277	43.6
المركز الوطني للنفسي	91	4698	4789	1.9
الشونة الجنوبية	7276	12297	19573	37.2
الاميرة بسمة	42752	79798	122550	34.9
الأميرة بديعة	0	0	0	0.0
الاميرة رحمة	43874	7453	51327	85.5
ابي عبيدة	17629	25047	42676	41.3
معاذ بن جبل	6330	33140	39470	16.0
الرمثا	7050	46944	53994	13.1
الاميرة راية	4179	39008	43187	9.7
الايمان / عجلون	16609	40117	56726	29.3
جرش	26567	52021	78588	33.8
المفرق	37976	22240	60216	63.1
الرويشد	6702	2891	9593	69.9
الكرك	2007	21858	23865	8.4
غور الصافي	4001	17484	21485	18.6
معان	12158	38334	50492	24.1
المجموع	588863	732905	1321768	44.6

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة لسنة 1999 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	327617	94225	421842	77.7
النديم	26772	57842	84614	31.6

الزرقاء	34460	79840	114300	30.1
الأمير فيصل	15002	74663	89665	16.7
الحسين / السلط	35076	58274	93350	37.6
المركز الوطني للنفسي	144	5575	5719	2.5
معدي/الاميرة ايمان	3708	14833	18541	20.0
الشونة الجنوبية	7115	15691	22806	31.2
الاميرة بسمة	48508	85118	133626	36.3
الأميرة بديعة	0	0	0	0.0
الاميرة رحمة	45163	10549	55712	81.1
ابي عبيدة	23182	23186	46368	50.0
معاذ بن جبل	9791	41226	51017	19.2
الرمثا	5503	54419	59922	9.2
الاميرة راية	4355	41532	45887	9.5
الايمان / عجلون	19990	44723	64713	30.9
جرش	44525	66928	111453	39.9
المفرق	32700	28550	61250	53.4
الرويشد	6880	3028	9908	69.4
الكرك	2617	33749	36366	7.2
غور الصافي	4972	29010	33982	14.6
معان	13939	46528	60467	23.1
المجموع	712019	909489	1621508	43.9

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة لسنة: 2000 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	342404	98785	441189	77.6
النديم	32560	65539	98099	33.2
الزرقاء	33795	77524	111319	30.4
الأمير فيصل	21380	81461	102841	20.8
الحسين / السلط	38458	66385	104843	36.7

المركز الوطني للنفسي	459	4854	5313	8.6
معدي/الاميرة ايمان	1792	27912	29704	6.0
الشونة الجنوبية	9214	16052	25266	36.5
الاميرة بسمة	44862	89135	133997	33.5
الأميرة بديعة	1195	28354	29549	4.0
الاميرة رحمة	46310	26327	72637	63.8
ابي عبيدة	17187	25705	42892	40.1
معاذ بن جبل	5065	45984	51049	9.9
الرمثا	7214	59620	66834	10.8
الاميرة راية	6284	56897	63181	9.9
الايمان / عجلون	20316	44265	64581	31.5
جرش	40899	87998	128897	31.7
المفرق	25050	38868	63918	39.2
الرويشد	5715	4493	10208	56.0
الكرك	2417	33357	35774	6.8
غور الصافي	5176	31724	36900	14.0
معان	13401	50087	63488	21.1
المجموع	721153	1061326	1782479	40.5

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة لسنة: 2001 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	398424	84225	482649	82.5
م.الدكتور جميل التوتنجي	1434	9736	11170	12.8
النديم	37632	66117	103749	36.3
الزرقاء	23875	76926	100801	23.7
الأمير فيصل	14254	74848	89102	16.0
الحسين / السلط	37439	74453	111892	33.5
المركز الوطني للنفسي	78	5040	5118	1.5
معدي/الاميرة ايمان	1966	28177	30143	6.5
الشونة الجنوبية	10787	14951	25738	41.9

الاميرة بسمة	52850	124401	177251	29.8
الأميرة بديعة	1301	31588	32889	4.0
الاميرة رحمة	37957	35329	73286	51.8
ابي عبيدة	34906	21388	56294	62.0
معاذ بن جبل	5459	42546	48005	11.4
الرمثا	6308	71774	78082	8.1
الاميرة راية	9051	79868	88919	10.2
الايمان / عجلون	19323	44413	63736	30.3
جرش	57917	68219	126136	45.9
المفرق	22332	36609	58941	37.9
الرويشد	3366	8704	12070	27.9
النسائية و الأطفال	340	545	885	38.4
الكرك	3176	32108	35284	9.0
غور الصافي	6260	29849	36109	17.3
معان	11961	34752	46713	25.6
المجموع	798396	1096566	1894962	42.1

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة للسنة: 2002 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	258620	130318	388938	66.5
م.الدكتور جميل التوتنجي	17617	54931	72548	24.3
النديم	34426	63523	97949	35.1
الزرقاء	37668	73412	111080	33.9
الأمير فيصل	10376	76067	86443	12.0
الحسين / السلط	33833	68471	102304	33.1
المركز الوطني للنفسي	100	5507	5607	1.8
معدي/الاميرة ايمان	4099	30750	34849	11.8
الشونة الجنوبية	11444	11610	23054	49.6
الاميرة بسمة	48572	86095	134667	36.1
الأميرة بديعة	908	28706	29614	3.1
الاميرة رحمة	10167	59750	69917	14.5

ابي عبيدة	35411	24374	59785	59.2
معاذ بن جبل	5116	41982	47098	10.9
الرمثا	6340	68556	74896	8.5
الاميرة راية	7050	58917	65967	10.7
الايمان / عجلون	25140	44363	69503	36.2
جرش	59344	53475	112819	52.6
المفرق	18330	27812	46142	39.7
الرويشد	1782	5333	7115	25.0
النسائية و الأطفال	7305	11637	18942	38.6
الكرك	2850	30300	33150	8.6
غور الصافي	10329	40204	50533	20.4
معان	10010	33636	43646	22.9
الملكة رانيا	3859	17749	21608	17.9
المجموع	660696	1147478	1808174	36.5

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة للسنة: 2003 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	150166	235609	385775	38.9
م.الدكتور جميل التوتنجي	19155	67109	86264	22.2
النديم	32360	88884	121244	26.7
الأميرة سلمى بنت عبدالله	2691	12927	15618	17.2
الزرقاء	40485	82075	122560	33.0
الأمير فيصل	10779	92526	103305	10.4
الحسين / السلط	43866	52442	96308	45.5
المركز الوطني للنفسي	98	4829	4927	2.0
معدي/الاميرة ايمان	7920	31448	39368	20.1
الشونة الجنوبية	8896	13191	22087	40.3
الاميرة بسمة	61920	100548	162468	38.1
الأميرة بديعة	815	28284	29099	2.8
الاميرة رحمة	8014	56812	64826	12.4
ابي عبيدة	39802	14654	54456	73.1
معاذ بن جبل	5586	48645	54231	10.3

الرمثا	7721	68143	75864	10.2
الاميرة راية	6517	56568	63085	10.3
اليرموك	16120	30542	46662	34.5
الايمان / عجلون	29470	48455	77925	37.8
جرش	48655	70006	118661	41.0
المفرق	18266	25469	43735	41.8
الرويشد	2934	6957	9891	29.7
النسائية و الأطفال	6929	18243	25172	27.5
الكرك	3230	32970	36200	8.9
غور الصافي	7987	51190	59177	13.5
معان	10063	38968	49031	20.5
الملكة رانيا	3261	25378	28639	11.4
المجموع	593706	1402872	1996578	29.7

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة للسنة: 2004 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	124450	249184	373634	33.3
م.الدكتور جميل التوتنجي	38228	65356	103584	36.9
النديم	28679	86745	115424	24.8
الأميرة سلمى بنت عبدالله	7697	23368	31065	24.8
الزرقاء	43122	79244	122366	35.2
الأمير فيصل	21625	94457	116082	18.6
الحسين / السلط	59461	77895	137356	43.3
المركز الوطني للنفسي	100	3792	3892	2.6
معدي/الاميرة ايمان	4631	35456	40087	11.6
الشونة الجنوبية	10116	11169	21285	47.5
الاميرة بسمة	50556	108216	158772	31.8
الأميرة بديعة	979	27601	28580	3.4
الاميرة رحمة	9839	60755	70594	13.9
ابي عبيدة	18896	19566	38462	49.1
معاذ بن جبل	5642	57045	62687	9.0
الرمثا	8818	68500	77318	11.4
الاميرة راية	5919	53780	59699	9.9
اليرموك	21101	35196	56297	37.5
الايمان / عجلون	30276	46607	76883	39.4
جرش	22859	97506	120365	19.0

المفرق	16845	27771	44616	37.8
الرويشد	2305	9155	11460	20.1
النسائية و الأطفال	8288	19577	27865	29.7
الكرك	2509	38704	41213	6.1
غور الصافي	8592	47724	56316	15.3
معان	9778	39627	49405	19.8
الملكة رانيا	3017	28815	31832	9.5
المجموع	564328	1512811	2077139	27.2

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة للسنة: 2005 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	121958	229697	351655	34.7
م.الدكتور جميل التوتنجي	42157	69075	111232	37.9
النديم	29635	77858	107493	27.6
الأميرة سلمى بنت عبدالله	7410	24042	31452	23.6
الزرقاء	49329	91634	140963	35.0
الأمير فيصل	32756	96564	129320	25.3
الحسين / السلط	62689	72321	135010	46.4
المركز الوطني للنفسي	1733	2338	4071	42.6
معدي/الاميرة ايمان	8993	33229	42222	21.3
الشونة الجنوبية	10085	11099	21184	47.6
الاميرة بسمة	46133	120917	167050	27.6
الأميرة بديعة	964	29990	30954	3.1
الاميرة رحمة	8192	71869	80061	10.2
ابي عبيدة	9621	23641	33262	28.9
معاذ بن جبل	5344	44641	49985	10.7
الرمثا	9559	72084	81643	11.7
الاميرة راية	6947	50696	57643	12.1
اليرموك	15191	43293	58484	26.0
الايمان / عجلون	28641	50990	79631	36.0
جرش	22522	67719	90241	25.0
المفرق	22058	25992	48050	45.9
الرويشد	1052	15450	16502	6.4

النسائية و الأطفال	9529	21423	30952	30.8
الكرك	2132	30632	32764	6.5
غور الصافي	6701	20480	27181	24.7
معان	9906	40398	50304	19.7
الملكة رانيا	3681	27850	31531	11.7
المجموع	574918	1465922	2040840	28.2

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة للسنة: 2006 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	114727	213080	327807	35.0
م. الأمير حمزة	14075	32842	46917	30.0
م.الدكتور جميل التوتنجي	39531	78724	118255	33.4
النديم	25395	67639	93034	27.3
الأميرة سلمى بنت عبدالله	7301	19803	27104	26.9
الزرقاء	52723	79678	132401	39.8
الأمير فيصل	47145	60574	107719	43.8
الحسين / السلط	56753	64882	121635	46.7
المركز الوطني للنفسي	1170	3349	4519	25.9
معدي/الاميرة ايمان	14217	29625	43842	32.4
الشونة الجنوبية	8781	10349	19130	45.9
الاميرة بسمة	46291	124230	170521	27.1
الأميرة بديعة	1028	29195	30223	3.4
الاميرة رحمة	9888	57657	67545	14.6
ابي عبيدة	15017	23715	38732	38.8
معاذ بن جبل	5160	45991	51151	10.1
الرمثا	15666	66246	81912	19.1
الاميرة راية	9146	42131	51277	17.8
اليرموك	6271	53367	59638	10.5
الايمان / عجلون	49977	35834	85811	58.2
جرش	26492	56826	83318	31.8
المفرق	23307	28546	51853	44.9
الرويشد	2725	32030	34755	7.8
النسائية و الأطفال	10656	20278	30934	34.4
الكرك	1930	33728	35658	5.4
غور الصافي	8499	21572	30071	28.3

معان	13191	17931	31122	42.4
الملكة رانيا	12161	28638	40799	29.8
المجموع	639223	1378460	2017683	31.7

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة للسنة: 2007 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	298860	99366	398226	75.0
م. الأمير حمزة	42520	95414	137934	30.8
م.الدكتور جميل التوتنجي	39587	80882	120469	32.9
النديم	34154	65099	99253	34.4
الأميرة سلمى بنت عبدالله	7114	23973	31087	22.9
الزرقاء	54038	82694	136732	39.5
الأمير فيصل	29007	97727	126734	22.9
الحسين / السلط	63081	53364	116445	54.2
المركز الوطني للنفسي	0	4601	4601	0.0
معدي/الاميرة ايمان	14984	28934	43918	34.1
الشونة الجنوبية	11095	14706	25801	43.0
الاميرة بسمة	41790	127133	168923	24.7
الأميرة بديعة	711	30931	31642	2.2
الاميرة رحمة	14429	57070	71499	20.2
ابي عبيدة	19783	23543	43326	45.7
معاذ بن جبل	5203	44293	49496	10.5
الرمثا	15164	53950	69114	21.9
الاميرة راية	13794	41380	55174	25.0
اليرموك	2670	55400	58070	4.6
الايمان / عجلون	69751	24460	94211	74.0
جرش	29234	59210	88444	33.1
المفرق	34897	45278	80175	43.5
الرويشد	3155	33698	36853	8.6
النسائية و الأطفال	11566	23784	35350	32.7
الكرك	2682	29763	32445	8.3
غور الصافي	9052	26784	35836	25.3
معان	20810	29960	50770	41.0
الملكة رانيا	15350	22908	38258	40.1

المجموع	904481	1376305	2280786	39.7

مراجعو الاسعاف والطوارىء في مستشفيات وزارة الصحة للسنة: 2008 من الشهر:1 الى12

السنة	طارئة	غير طارئة	المجموع	نسبة الحالات الطارئه%
البشير	305825	154870	460695	66.4
م. الأمير حمزة	53032	123739	176771	30.0
م.الدكتور جميل التوتنجي	41864	87976	129840	32.2
النديم	36450	68813	105263	34.6
الأميرة سلمى بنت عبدالله	7665	26742	34407	22.3
الزرقاء	54457	89093	143550	37.9
الأمير فيصل	31948	115622	147570	21.6
الحسين / السلط	66789	57129	123918	53.9
المركز الوطني للنفسي	280	3320	3600	7.8
معدي/الاميرة ايمان	16788	33808	50596	33.2
الشونة الجنوبية	7909	22647	30556	25.9
الاميرة بسمة	54660	200091	254751	21.5
الأميرة بديعة	567	32604	33171	1.7
الاميرة رحمة	9424	68085	77509	12.2
ابي عبيدة	11519	31358	42877	26.9
معاذ بن جبل	5177	41167	46344	11.2
الرمثا	16848	55430	72278	23.3
الاميرة راية	12092	40053	52145	23.2
اليرموك	2483	52976	55459	4.5
الايمان / عجلون	55387	43408	98795	56.1
جرش	27573	77123	104696	26.3
المفرق	46019	50579	96598	47.6
الرويشد	3471	30299	33770	10.3
النسائية و الأطفال	13918	27459	41377	33.6
الكرك	2660	28203	30863	8.6
غور الصافي	9939	35322	45261	22.0
معان	17194	41508	58702	29.3
الملكة رانيا	14839	22310	37149	39.9
المجموع	926777	1661734	2588511	35.8

الملحق (د)

أسماء السادة المحكمين لأداة الدراسة(الاستبيان)

أسماء السادة المحكمين لأداة الدراسة(الاستبيان)

الاسم	التخصص
الأستاذ الدكتور عباطه التوايهة	علم الجريمة/جامعة مؤتة
الأستاذ الدكتور موسى اللوزي	الإدارة/الجامعة الأردنية
الأستاذ الدكتور تحسين منصور	مناهج البحث والتدريس/جامعة اليرموك
الدكتور رائد المدانات	قياس وتقويم/مديرية تربية القصر-الكرك
الدكتور محمود الحمايدة	رئيس قسم الإسعاف والطوارئ/البشير
الدكتور ماجد المستريحي	طبيب طوارئ/مستشفى الدكتور جميل التوتنجي سحاب
الدكتور غسان التلاحمة	طبيب طوارئ/مستشفى الدكتور جميل التوتنجي سحاب
الدكتور ناصر إبراهيم	مقرر لجنة أخلاقيات البحث العلمي / وزارة الصحة
الأستاذ عيسى الطراونة	ماجستير/ قياس وتقويم مديرية تربية القصر

الملحق(هـ)

موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي